

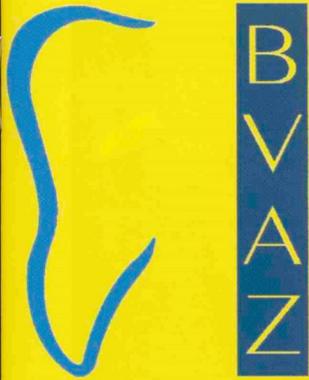


32. Jahrgang,
Juni 2013

Ausgabe 115

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



Immobilien Patienten
brauchen
mobile Zahnärzte

Mundgesund auch bei
Pflegebedürftigkeit –
eine fachliche
und politische
Herausforderung

513 Tage GOZ –
Land unter oder
Land in Sicht?

Minister Bahrs
Anti-Korruptionsgesetz –
Tuten des Nebelhorns

Bürgerversicherung:
Problemlösung oder
Problemfall?

Gebrauchte Dental-
Einheiten – eine
attraktive Alternative

Magische
Heilmethoden:
Bachblüten



www.daz-web.de
www.bvaz.de



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 115-2013

- 03 Editorial - von Dr. Kerstin Finger
- DAZ-Teil**
- 04 Zahngesundheit im Alter: das unterschätzte Problem - Bericht über Fachvortrag von Prof. Dr. Bernd Wöstmann - von Dr. Angela Demmer, VDZM
- 06 Mundgesundheit von Pflegebedürftigen - wie kann die Kompetenz von Pflegekräften und Angehörigen gestärkt werden - Pressemeldung zur DAZ-VDZM-Frühjahrstagung
- 07 DAZ-IUZB-Jahrestagung am 21.09.2013 in Berlin - Vorankündigung
- 08 Gedanken zur Frühjahrstagung „Mundgesund auch bei Pflegebedürftigkeit - eine fachliche und politische Herausforderung“ - von Dr. Gregor Kendzia
- 10 Betreuung von multimorbiden Patienten in der Praxis und in stationärer und häuslicher Pflege - von Dr. Clemens Hoppe
- 12 Die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger: Links und Lesetipps - von Irmgard Berger-Orsag
- 13 Minister Bahr's Anti-Korruptionsgesetz - nichts als ein Tuten des Nebelhorns - von Dr. Wolfgang Wodarg
- 14 Redaktionelle Anmerkungen zu Wodarg - von Dr. Celina Schätze
- 15 Sparen und trotzdem nicht auf Qualität verzichten - die „neuen Gebrauchten machen es möglich“ - von Dr. Peter Nachtweh
- BVAZ-Teil**
- 17 Auf die Pferde! - von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 18 513 Tage GOZ - Land unter oder in Sicht? - von Dr. Roland Kaden
- 20 Die Bürgerversicherung: Problemlösung oder Problemfall - eine kritische Betrachtung - von Dr. Michael Loewener
- 23 Neue Bema-Positionen zur aufsuchenden Betreuung - von Dr. Jürgen Simonis
- 23 Spendenaufruf für die Aktion „Stoppt-die-e-Card“
- 24 Magische Heilmethoden Teil 2: Bachblüten
- 26 Ohne Moos nix los - Keine Probleme mit der Professionellen Zahnreinigung? - von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, T. 02241/97228-76, F. 02241/97228-79
kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) e.V.

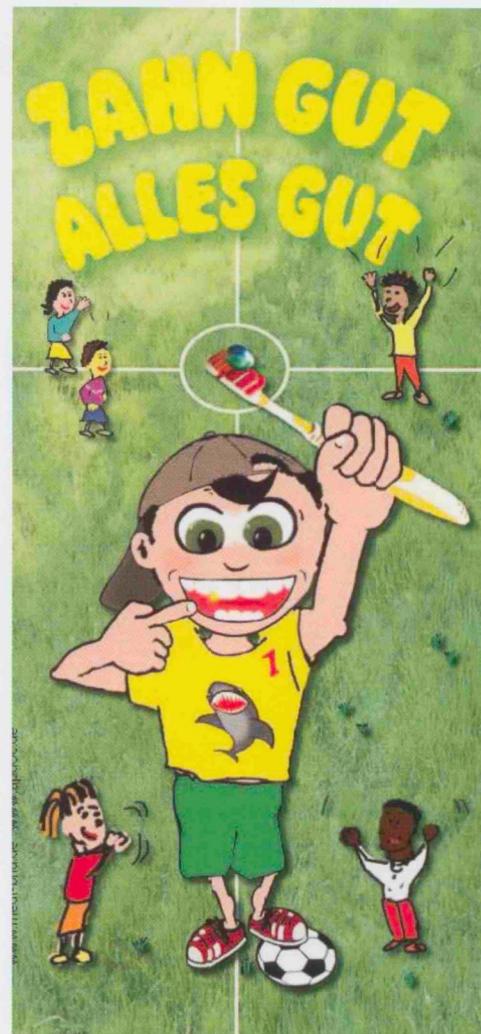
Fritz-Hommel-Weg 4, 80805 München, T. 089/3618030, info@bvaz.de, www.bvaz.de

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (V.i.S.d.P. für DAZ-Teil), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Manfred Hillmer, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Kai Müller; Dr. Dr. Rüdiger Osswald (V.i.S.d.P. für BVAZ-Teil), Dr. Dr. Marianne Grimm, Dr. Roland Kaden, Dr. Jürgen Simonis

Erscheinungsweise / Auflage: 1.100 Ex., 4x jährlich

Bezugsbedingungen: Jahres-Abo 28,00 Euro inkl. Porto. Für Mitglieder von DAZ und BVAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelne Ausgaben werden kostenlos auf Anfrage zugesandt.

Bildnachweis: Cover: Dr. Kerstin Finger; Übrige Seiten: Bild und Sprache e.V., www.medi-bild.de; Sara Friedrich, ZM-Redaktion; Prof. Dr. Bernd Wöstmann; Michael Hoffmann, Hochschule Trier; Dr. Angela Demmer; Luca Galli; Dr. Gregor Kendzia; Dr. Clemens Hoppe; Dr. Wolfgang Wodarg; www.rdv-dental; Dr. Dr. Rüdiger Osswald; Christoph F. Kaden, campus-arts.de; Dr. Michael Loewener; Karsten Mentzendorff, www.mdorff.de; Techniker Krankenkasse; Jürgen Simonis; Vera Orsag



Mit Bildern sprechen

Der Verein Bild und Sprache e. V. unterstützt die Entwicklung und Veröffentlichung von Materialien, mit denen man sich schnell und unkompliziert einfache Begriffe aneignen und sich sprachunabhängig mithilfe von Bildern verständigen kann. Bisher wurden verschiedene Materialien erarbeitet, um Patienten, die nicht deutsch sprechen oder von Störungen des Sprechens betroffen sind, die Verständigen mit Ärzten und anderen Therapeuten zu erleichtern. Seit Kurzem gibt es nun auch einen Flyer zum Thema Mundgesundheit, bei dem es um die Prophylaxe in den ersten Lebensjahren geht. Bestellungen sind möglich über www.tipdoc.de; der unveränderte Nachdruck des Flyers ist erlaubt; Weiteres unter www.medi-bild.de.

Redaktionsschluss für Forum 116:

15. Juli 2013

Erscheinen: September 2013

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Herausforderung und Verantwortung

Liebe Leserinnen und Leser!

Die demografische Entwicklung des Landes ist in Aller Munde und daher auch kaum ein Zahnärztetag in den letzten beiden Jahren ohne das Thema Alterszahnmedizin. Dabei stets im Blick – die Einteilung der fraglichen Patientengruppen in „Go – goes“, „Slow – goes“, „No – goes“. Schon die Verwendung dieser Anglizismen scheint Ausdruck der Schwierigkeit zu sein, die komplexen Bedingungs- und Beziehungsgefüge einer Zahnmedizin für und mit der älter und häufig auch gebrechlicher werdenden Bevölkerungsgruppe in eine situationsgerechte Sprache zu hüllen.

Keine Frage – es bedarf einer wissenschaftlichen Analyse des Mundgesundheitszustandes und des Behandlungsbedarfs der Älteren. Es bedarf einer fachlichen Diskussion, welche zahnmedizinischen Behandlungsmaßnahmen im Alter unter welchen Bedingungen zur Anwendung kommen können und sollten, es bedarf der Fortbildung der Kollegen sowie der Schulung in rechtlichen Fragen für Betreuungsfälle. Vor allem bedarf es jedoch der Entwicklung und Umsetzung von Betreuungskonzepten, welche flächendeckend die zahnmedizinische Versorgung aller älteren Menschen sicherstellen, unabhängig vom Ausmaß ihrer physischen und psychischen Einschränkungen. Derartige Betreuungskonzepte müssen nicht vorab bis ins kleinste Detail theoretisch unterlegt sein, sondern können sofort aus der täglichen Praxis heraus gestartet werden, da sie stets praxisspezifisch und auf die Region hin regionalisiert gestaltet werden müssen, wenn man langfristig erfolgreich sein will. Flächendeckend ist dabei nicht zu verwechseln mit einheitlich! Mehr denn je kommt es in diesem Feld auf die Gestaltung von therapeutischen Beziehungen an.

Die Verantwortung dafür trägt nicht der anonyme Berufsstand, sondern jeder Einzelne in seiner Praxis mit seinen Mitarbei-



tern. Daher sind wohlmeinende Koordinierungsvorschläge von Seiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wenig hilfreich. Als Kooperationspartner kommt er aus meinem ärztlichen Verständnis heraus am wenigsten infrage. In der Pflegesituation zählt nicht in erster Linie Statistik und Bewertung der Mundgesundheit bzw. des Pflegestatus, sondern es zählt einzig die dienende Zuwendung mit aller zahnärztlichen praktischen Erfahrung. Die Sorge um die Mundgesundheit bis zum Lebensende einschließlich der dienenden Komponente am Gemeinwohl ist Bestandteil unserer Berufsordnung und damit ärztliche Verpflichtung! Somit ist die zahnärztliche Behandlung der Älteren und vor allem der Pflegebedürftigen nicht nur eine fachliche und politisch-ökonomische Herausforderung, sondern vor allem eine Anfrage an die ethische Grundhaltung.

Die Diskussion hierüber eignet sich schlecht für den politischen Schlagabtausch, wengleich sie sich dafür häufig missbrauchen lässt. Es darf uns dennoch nicht davon abhalten, sie zu führen. Dabei müssen wir uns darüber klar werden, dass sie sich nicht auf die fachliche Einzelentscheidung im individuellen Fall reduzieren lässt. Sie ist durch den sozio-ökonomischen Kontext vorgeprägt und strahlt auf diesen zurück. Davon berichten alle Kollegen, die diese Arbeit bisher schon leisten.

Im Sinne der Sorge-Ethik nach Prof. Dr. Klaus Dörner beginnen sie sowohl mit ihren Überlegungen, als auch im praktischen Tun beim Schwächsten, bei demjenigen, der am wenigsten „marktfähig“ ist und in-

vestieren dort, wo es sich „am wenigsten lohnt“. Dieser Ansatz steht komplementär zur kapitalistischen Wirtschaftsethik. Unter solchen Voraussetzungen ist man in seiner ärztlichen Tätigkeit in erster Linie Dienender mit palliativen, kurativen und präventiven Aspekten seines Tuns und ermöglicht so im Sinne der WHO jenes Maß an Wohlbefinden, welches den Einzelnen in die Lage versetzt, die Dinge zu tun, die momentan für ihn bedeutsam sind. Dabei wird nicht nur das Bedürfnis nach Selbsterhaltung und Selbstbestimmung unterstützt, sondern auch das Bedürfnis nach sozialer Bedeutung für Andere. Für den Umgang mit geriatrischen Patienten und altersdementen Menschen erhält dabei zunehmend eine biografisch-begleitende Medizin Bedeutung. Folge davon ist der Übergang einer dialogischen Arzt-Patientenbeziehung in eine Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung. Ärztliche Verantwortung wird damit zukünftig auch kommunalisiert.

In der Praxis wird dadurch der bisherigen Tätigkeit eine weitere Facette hinzugefügt, wobei es fast zwangsläufig zur Generierung neuen Wissens in diesem Behandlungsfeld kommt. Das ist im Übrigen einer der wesentlichen Aspekte eines freien Berufes!

Ich meine daher, dass dies Alles einen Kulturwandel herausfordert, der gleichzeitig zu einer Neubelebung freiberuflicher Gestaltungskraft führen wird!

**Dr. Kerstin Finger
Templin**



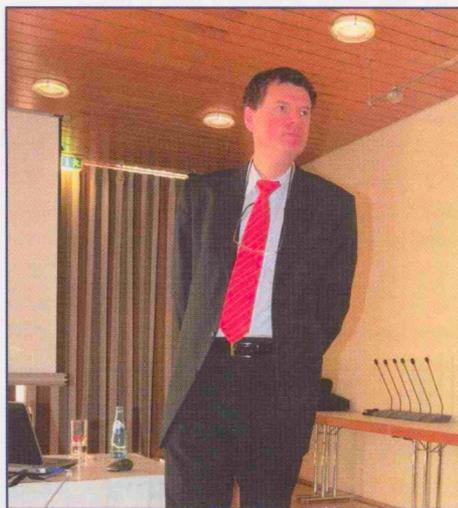
FOTO: S. Friedrich, zsm

Zahngesundheit im Alter: das unterschätzte Problem

Fachvortrag auf der Frühjahrstagung von VDZM und DAZ in Frankfurt am 20. Mai 2013

von Dr. Angela Demmer, Berlin

Prof. Dr. Bernd Wöstmann aus Gießen referierte auf der gut besuchten Tagung über Gesundheit und Pflege der Zähne im Alter,



das Hauptthema der diesjährigen Veranstaltung. Er begeisterte die Zuhörer mit Anregungen für die Praxis, zeigte aufschlussreiche Forschungsergebnisse und machte deutlich, dass dringend Strategien gegen den Trend von multimorbide – pflegebedürftig – zahnlos gebraucht werden. Prof. Wöstmann arbeitet am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (Poliklinik für zahnärztliche Prothetik) und befasst sich schon seit vielen Jahren mit dem Thema Alterszahnmedizin.

Lange wurde dieses Gebiet wenig ernst genommen, und er war einer der Wenigen, die hier geforscht haben, berichtete Prof. Wöstmann. Der demografische Wandel jedoch sorgt dafür, dass wir alle immer mehr mit diesem Thema konfrontiert werden würden.

Im Jahr 1950 kamen auf einen über 75jährigen noch 35 jüngere Personen, im Jahr 2050 werden es nur noch 5,5 sein. Hinzu kommt das Problem der Demenz im letzten Lebensabschnitt. Bei den Menschen mit einem Sterbealter zwischen 75 und 79 Jahren leidet bereits ein Viertel darunter. Bei denjenigen, die mit 85-89 Jahren sterben, sind es über die Hälfte. Interessant an der Statistik ist, dass der Anteil der Demenzkranken bei den über 90jährigen kaum ansteigt. Wer es geschafft hat, sehr alt zu werden, hat offensichtlich bessere Chancen, klar im Kopf zu bleiben.

Prof. Wöstmann verdeutlichte, dass sich im Alter das Bewusstsein verändert. Die Wahrnehmung der Umwelt nimmt ab und verblasst, dagegen steht das „Ich“ immer mehr im Zentrum. Deshalb sei es besonders wichtig, die Würde des älteren Menschen zu wahren. Zum Beispiel sollten wir bei einer Behandlung vor allem den Patienten selbst ansprechen und nicht nur die Begleitperson. Auch das Personal sollte instruiert werden, mit älteren Menschen würdevoll umzugehen.

Die Bandbreite der dentalen Probleme im Alter reicht von lediglich vorhandenen Zahnhalsdefekten bis zu dramatisch insuffizienten Versorgung, so Prof. Wöstmann. Mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit wächst natürlich die Problematik. Untersuchungen in Pflegeheimen zeigen, dass ungefähr die Hälfte der Bewohner behandlungsbedürftig sind und ca. 70% unzureichend gereinigte Prothesen tragen.

Tabuzone Mund

Im Pflegebereich wird die Mundgesundheit immer noch sehr vernachlässigt. Die Grün-

de sind sowohl ökonomische Faktoren wie Personalmangel, aber auch die fehlende Sozialisierung. Der Mund gilt für Pflegekräfte und für pflegende Angehörige häufig als Tabuzone und Privatsphäre, in die ungern eingegriffen wird. Hinzu kommt das oft geringe Interesse der Patienten und Pflegenden an der Mundhygiene.

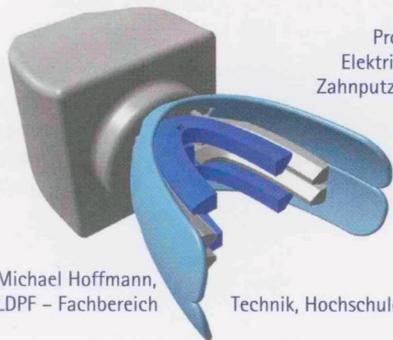
Für die Beseitigung dieser Defizite zeigte Prof. Wöstmann zwei Ansätze: die Unterweisung der Patienten und die Schulung der Pflegekräfte. Die Mundpflege durch die Patienten selbst könne nur solange erfolgreich sein, wie die entsprechende Compliance, eine ausreichende Auffassungsgabe und die Beweglichkeit der Hände gegeben seien. Nicht vergessen werden darf die Sehfähigkeit. Prof. Wöstmann gab den praktischen Hinweis, zu empfehlen, für die Zahn- und Prothesenpflege eine einfache Lesebrille aufzusetzen. Mit Gleitsichtbrillen dagegen könnten die älteren Menschen diesen Nahbereich häufig nicht deutlich genug sehen.

Die Schulung der Pflegekräfte und der pflegenden Angehörigen wird der wichtigste Pfeiler für eine bessere Mundgesundheit im Alter sein – dies wurde durch den Vortrag klar.

Studien haben gezeigt, dass erhebliche Verbesserungen erreicht wurden, nachdem die Pflegekräfte ein Mundhygiene-Training von nur einem halben Tag absolviert hatten. Das Thema Mund und Zähne muss in die Ausbildung der Pflegekräfte, die Arbeitspläne der Pflegedienste und Heime und in die Schulungen von pflegenden Angehörigen kompetent einfließen.

Roboter statt Pflegepersonal?

Um die Ressourcen im Pflegebereich zu schonen, seien Innovationen und Ideen für die Zukunft gefragt, so Prof. Wöstmann. Moderne Hilfsmittel könnten den Zeitaufwand der Pflegekräfte minimieren. Zum



Prototy:
Elektrisches
Zahnputzgerät

Michael Hoffmann,
LDPF – Fachbereich

Technik, Hochschule Trier

Beispiel ist an der Fachhochschule Trier ein „Mundbürstgerät“ entwickelt worden, das die oberen und unteren Zahnreihen zusammen reinigen kann. In Japan soll es bereits funktionale Pflege-Roboter geben – ein Hinweis, in welche Richtung sich das Pflegemanagement der Zukunft entwickeln könnte. Weniger futuristisch und leichter zu realisieren wäre die Forderung Prof. Wöstmanns, herausnehmbaren Zahnersatz immer mit dem Namen des Patienten zu kennzeichnen. Kleine Chips wären eine moderne Möglichkeit, einen Zahnersatz schnell wieder seinem Träger zuzuordnen.

Prof. Wöstmann beklagte, dass das Thema Zahn- und Mundgesundheit im Alter kaum beachtet wird. Dies betreffe viele Bereiche des Gesundheitswesens. Die Wechselwirkung zwischen Gebiss- und Gesundheitszustand werde auch in der Allgemeinmedizin immer noch unterschätzt. Prof. Wöstmann nannte dafür ein Beispiel: auf der Internetseite der Forschungsgesellschaft für Diabetes gibt es keinen Suchtreffer bei den Begriffen Parodontium und Zähne. Nur sehr vereinzelt gäbe es in den ärztlichen Fachzeitschriften Abhandlungen über den Zusammenhang von Parodontal- und Allgemeinerkrankungen.

Prof. Wöstmann betonte, dass nur der schlecht eingestellte Diabetes negative Auswirkungen auf das Parodontium habe. Bei gut eingestellten Diabetikern bestünden keine wesentlich erhöhten Risiken für den parodontalen Abbau oder Zahnverlust. Eine wichtige Voraussetzung sei allerdings eine adäquate Ernährung. Zu den Risiken eines schlecht eingestellten Diabetes zählen nicht nur die Auswirkungen auf die Endstrombahnen. Durch eine Neuropathie könnte die Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt sein und Druckstellen könnten

deshalb nicht bemerkt werden. Ein verminderter Speichelfluss kann zu einer Candidabesiedelung und erhöhten Plaqueanlagerung führen. Bei den bezahnten Patienten steigt das Risiko der Zahnhalskaries. Ein engmaschiges Netz der Kontrollen der bezahnten und nicht bezahnten Diabetiker ist deshalb unbedingt notwendig.

Mit eigenen Zähnen kaut man am besten

Ein deutlicher Zusammenhang bestehe zwischen Gebisszustand, Kauvermögen und Ernährungszustand, erklärte Prof. Wöstmann. Die Kauleistung sei umso besser, je mehr eigene Zähne vorhanden seien. Die Anzahl der natürlichen Zähne sei von größerer Bedeutung als die Zahl der ersetzten Zähne. Dies betreffe jede Art von Zahnersatz und zwar auch den implantatgetragenen. Die eigenen Zähne sollten deshalb so lange wie möglich erhalten bleiben.

Der Ernährungszustand sei besonders bei hospitalisierten und pflegebedürftigen Patienten ein Problem. In den Heimen gäbe es zwar in der Regel keine Mangelernährung, aber sehr häufig eine Fehlernährung. Die Speisen sind reich an Kalorien und Zucker, aber arm an Vitaminen, Mineralien und Ballaststoffen. Bei den selbstständig zuhause lebenden Senioren sei dieser Mangel nicht so stark ausgeprägt. Der Anteil der Zahnlosen sei bei den Heimbewohnern am höchsten. Es besteht offensichtlich eine Kettenreaktion von multimorbide – pflegebedürftig – zahnlos. Nach Prof. Wöstmann kommen die einmal nach unten adaptierten Patienten aus dem Keller nicht mehr heraus.

Die Aufgabe der Zahnmedizin sei es, vorhandene Zähne so lange wie möglich zu erhalten, anstatt sich darauf zu verlassen, dass es der Zahnersatz schon richten wird. Dies fängt bei der Verhinderung und Behandlung der Wurzelkaries an. Die betroffenen Zähne sollten regelmäßig gereinigt und fluoridiert werden.

Bei der Behandlung und Versorgung sollte immer der Patient im Mittelpunkt stehen. Ob und welcher Ersatz sinnvoll ist, hängt

vom Zustand des Patienten ab. Wichtig ist, abzuwägen, welche Maßnahmen dem Patienten zugemutet werden können. Nach Prof. Wöstmann ist es jedoch unbedingt notwendig, bei Entzündungen, zum Beispiel bei apikalen Prozessen, einzugreifen. Oft sei in Zusammenarbeit mit dem Allgemeinmediziner ein Extraktionskonzept notwendig, bei dem in Vollnarkose die betroffenen Zähne entfernt werden. Umfangreiche Versorgung in Narkose ergäben dagegen keinen Sinn. Weitere Behandlungsmaßnahmen sollten nur erfolgen, wenn der Patient dazu bereit ist.

Es besteht häufig eine große Diskrepanz zwischen objektivem und subjektivem Behandlungsbedarf. Nicht selten seien es die Angehörigen des Demenzkranken, die eine Neuversorgung fordern. Mit wie vielen künstlichen Zähnen ein Patient versorgt werden muss, hängt von den Bedürfnissen des Patienten ab. Wenn dieser mit verkürzten Zahnreihen zurecht kommt, sollte man diesen Zustand so belassen. Die große Schwierigkeit in der Alterszahnheilkunde sei, abzuwägen, welche Therapie für den



einzelnen Patienten notwendig ist. Hier ist der Zahnarzt als Arzt gefragt.

Oft ist der einfache Zahnersatz die beste Lösung

Wenn eine prothetische Versorgung für einen pflegebedürftigen Patienten geplant wird, sollte nach Prof. Wöstmann der Ersatz einfach, robust und pflegeleicht sein. Eine reduzierte festsitzende Versorgung sei besser als eine komplettierende herausnehmbare. Auf komplizierte Halteelemente wie Riegel und Geschiebe sollte verzichtet werden. Die Oberflächen sollten glatt gestaltet sein, um die Pflege des Zahnersatzes zu erleichtern. Prof. Wöstmann hält den

Teleskopersatz für geeigneter als einen Klammersersatz. Nicht nur, weil der Teleskopersatz eine längere Haltbarkeit habe, sondern weil beim Klammersersatz die Retention von Plaque und Speiseresten das Problem sei. Der Modellguss mit Klammersverankerung führe zwar nicht zu Zahnschäden, wenn eine ausreichende Nachsorge und Pflege erfolge, doch gerade daran würde es oft fehlen.

Prof. Wöstmanns Streifzug durch die wissenschaftliche Literatur lieferte zahlreiche Tipps für die praktische Arbeit und führte zu einem klaren Fazit: Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Praxen sind mitver-

antwortlich, dass natürliche Zähne solange wie möglich erhalten bleiben. Bei der Planung von Zahnersatz sollten wir die Fähigkeiten und Bedürfnisse der alten Patienten in den Mittel-

punkt stellen. Im Pflegebereich darf die Mundhygiene nicht länger vernachlässigt werden. Und last not least sollten im Bundesausschuss, wo Vertreter der Krankenkassen und der Zahnärzte über die Ausgestal-



tung der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden, die starren Regelungen – gerade für ältere Menschen – gelockert werden.

Die Autorin des Berichts, Dr. Angela Demmer, ist niedergelassene Zahnärztin in Berlin und Mitglied im Vorstand der VDZM

P.S. Die Hoffnung auf technische Lösungen des Mundhygieneproblems in der Pflege dürfte übrigens vorerst vergeblich sein: der im Vortrag erwähnte, an der Hochschule Trier entwickelte Prototyp eines Zahnputzautomaten (s.o.) liegt mangels Firmeninteresse auf Eis.

Mundgesundheit von Pflegebedürftigen – wie kann die Kompetenz von Pflegekräften und Angehörigen gestärkt werden?

Podiumsdiskussion bringt Pflege und Zahnmedizin an einen Tisch und zeigt Lösungsansätze auf

VDZM-DAZ-Pressemeldung vom 23.04.2013 anlässlich der Frühjahrstagung in Frankfurt/M.:



Tagungsort Frankfurt/M., FOTO: Luca Galli

Um die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen steht es nicht zum Besten. Die zahnärztlichen Verbände Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) führten daher Praktiker aus der Pflege sowie Vertreter von Pflegeverbänden, Kostenträgern und Zahnärzten in Frankfurt

am Main zu einem Podiumsgespräch zusammen. Es galt, Wissensdefizite auszugleichen und gemeinsam zu beraten, wie die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen gefördert werden kann.

Ein derart breit angelegtes Zusammenkommen sei bisher kaum da gewesen, stellte **Thomas Bodmer**, Mitglied des DAK-Vorstands, Hamburg, gleich zu Beginn fest. Als Vertreter einer Pflegekasse und damit als Kostenträger betonte er, die Probleme in der Pflege seien nur gemeinsam zu lösen. Die Ausbildungsinhalte in der Altenpflege müssten präzisiert werden. Zahnärztliche Leitlinien für die Prävention und Behandlung wären hilfreich. Außerdem solle der Medizinische Dienst der Krankenversicherung verstärkt prüfen, ob die Mundpflege in der ambulanten und stationären Pflege in Ordnung sei.

Mechthild Plümpe, Pflegedienstleitung Häusliche Kranken- und Seniorenpflege, Wiesbaden, konnte berichten, dass viele Pflegebedürftige durchaus in der Lage sind, aktiv ihre Mundhygiene wahrzunehmen. Dennoch benötigt die Mehrzahl Unterstützung bis hin zur vollständigen Übernahme der Zahn- und Prothesenpflege durch die Pflegenden. Dann sei besondere Aufmerksamkeit gefragt. Zahnärztliche Hinweise für den individuellen Pflegeplan stellt sie sich als sehr nützlich vor. Fortbildungen und Schulungen der Pflegekräfte trafen sowohl im ambulanten als auch im stationären

Pflegebereich auf hohes Interesse. Frau Plümpe plädierte dafür, die Betreuung von Demenzzkranken grundsätzlich getrennt zu betrachten. Die Problemlage sei anspruchsvoller, weil Einsicht und Mitwirkung nicht ohne Weiteres erzielbar sind. Hier könne eine speziell erworbene Pflegekompetenz für beide – Pflegekraft und Demenzzkranken – eine spürbare Erleichterung im Umgang miteinander darstellen.

Prof. Dr. med. dent. Christoph Benz, Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, München, äußerte sich erfreut, dass das Thema auch dank des Engagements der Zahnärzteschaft für die Alters- und Behindertenzahnheilkunde aktuell „im Trend“ liege und sich „die Prophylaxe jetzt in Richtung Alter bewegt.“ Die Zahnärzte und ihre Verbände bringen sich schon vielerorts ein und stehen gerne bereit, dies noch weiter auszubauen. Für Benz zeigen Studien wie die von Dr. med. dent. Susanne Jäger, dass sich wiederholte Fortbildungen und Schulungen der Pflegekräfte in der Zahn- und Gebisspflege als effektiv erwiesen haben. So nahm der Belag auf den Zähnen deutlich ab, das Zahnfleischbluten reduzierte sich ebenso wie der Zungenbelag, und der Anteil sauberer Prothesen nahm deutlich zu. Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen waren nach vier Monaten bereits zu etwa zwei Dritteln umgesetzt. Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Handmotorik verbesserte sich der Mundhygienestandard am meisten.



Dr. med. dent. Uwe Niekusch, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und wissenschaftlicher Referent des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sieht das Potential in einer Vernetzung der pflegerischen und zahnmedizinischen Kompetenzen und im gemeinsamen Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen. Weil es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, könnten die Gesundheitsämter Koordinierungsaufgaben wahrnehmen. Niekusch forderte eine zahnärztliche Eingangsunter-suchung beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und erhielt dafür die breite Zustimmung der Podiumsteilnehmer sowie des Auditoriums. In den Pflegeheimen sind nach Untersuchungen von Prof. Ina Nitschke und dem Institut der Deutschen Zahn-ärzte 54 Prozent der Bewohner zahnlos; die Bezahnten verfügen durchschnittlich über zehn Zähne. Durchschnittlich sei fast immer ein Zahn kariös. Eine zahnärztliche Behandlungsbedürftigkeit werde daher häufig festgestellt. Es gebe also Verbesserungsbedarf.

Klaus Dieter Schulz, Kassel, hessisches Vorstandsmitglied und Qualitätsmanager beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), welcher 7.500 Mitgliedseinrichtungen vertritt, erläuterte, dass im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung die Zahnpflege zur Grundpflege gehört. Die Mundpflege als Leistung eines ambulanten Pflegedienstes oder eines Pflegeheims ist in Hessen von den Angehörigen nicht „abwählbar“. Das heißt, Mundpflege ist dann von den Pflegekräften zu erbringen. Einige Diskussteilnehmer sahen die Personalsituation im Pflegebereich kritisch. So verfügen laut Statistischem Bundesamt nur rund 60 Prozent der eingesetzten Pflegepersonen in der stationären und ambulanten Pflege über einen staatlichen Ausbildungsabschluss für die

Pflege. Damit müssen 40 Prozent als ange-lernt gelten, vom großen Bereich der rein familiären Pflege gar nicht zu reden. Hier steckt noch ein erhebliches Entwicklungspotential im Hinblick auf die Fortbildung der Pflegenden in Sachen Zahn- und Mundpflege und dem Erkennen von Anzeichen für zahnärztlichen Handlungsbedarf.

Dr. med. dent. Jochen Bauer, Bonn, Vorsitzender der VDZM, und **Dr. med. dent. Harald Strippel, M.Sc.**, moderierten die Veranstaltung und unterlegten die Diskussion mit zusätzliche Daten und Fakten. Etwa, dass 70 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden. Dabei müssen die Angehörigen in mehr als zwei Dritteln der Fälle ohne Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst allein die Pflege leisten. Die Moderatoren stellten ein breitenwirksames Modellprojekt aus Bielefeld zur Schulung von Angehörigen in der familiären Pflege vor. Allein in einem Jahr erhielten über 7.000 Angehörigen von Personen, bei denen nach einem Krankenhausaufenthalt Pflegebedürftigkeit eintrat, Beratungs- und Trainingsangebote. Hier geht es um Kompetenzförderung und Begleitung, Wissensvermittlung, Netzwerkbildung, Förderung von Ressourcen, Bekanntmachen mit geeigneten Pflegehilfsmitteln und dergleichen. Die weit-aus meisten Angehörigen fühlten sich danach auf die Pflegesituation gut vorbereitet. Warum soll dort nicht auch die Mundgesundheit verstärkt eingebracht werden?

Momentan ist zwischen Vertragszahnärzten und Krankenkassen auf Bundesebene eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in Arbeit. Dies bezieht sich aber nur auf die stationären Pflegeeinrichtungen, in denen sich 30 Prozent der Pflegebedürftigen befinden.

Mit dem Anliegen, auch für die mit 70 Prozent größere Gruppe im ambulanten Bereich und der Familie die dringend notwendigen Verbesserungen zu erzielen, stimmten am Ende einer sehr informativen und fruchtbaren Diskussion alle Teilnehmer überein. Nach deren Überzeugung werden weitere Begegnungen in der Zusammenarbeit folgen. Dr. Bauer kündigte an, die VDZM werde die Veranstaltung auswerten und in der Folge Vorschläge zum Ausbau der angesprochenen Themen entwickeln.

V.i.S.d.P.

Dr. Celina Schätze, Vorsitzende des DAZ
Dr. Jochen Bauer, Vorsitzender der VDZM

Hintergrundinformationen finden sich unter www.vdzm.de, „Pflege und Zahnmedizin“

DAZ-IUZB-Jahrestagung 21.09.2013 in Berlin

Bei der gemeinsamen Tagung von DAZ und dem Berliner Verband IUZB wird Gelegenheit sein, die Betreuung Pflegebedürftiger noch aus einer anderen Perspektive zu betrachten: der Perspektive der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. Bei der Fortbildung am 21.09.2013, 10 Uhr, im Tagungshaus Alte Feuerwache in Berlin wird **Prof. Dr. Gerd Glaeske** von der Universität Bremen zum Thema „**Die Zahnmedizinische Versorgung in Gesellschaften längeren Lebens – Zur Bedeutung der Prävention, insbesondere bei älteren Menschen**“ referieren. Alle Interessierten sind herzlich eingeladen. Ab 14 Uhr folgen die Hauptversammlungen beider Vereine – beim DAZ mit Vorstandswahlen. Näheres über www.daz-web.de.



„Mundgesund auch bei Pflegebedürftigkeit – eine fachliche und politische Herausforderung“

Das Thema „Zahngesundheit im Alter – das unterschätzte Problem – Strategien gegen den Trend von multimorbide – pflegebedürftig – zahnlos“ als Fachvortrag hat mich sehr interessiert und meine Erwartung auf neue Anregungen für meinen Alltag geschürt. Noch viel erwartungsvoller war ich auf die Podiumsdiskussion, um mit führenden Vertretern aller teilhabenden Fraktionen an der Altenpflege über das Thema zu diskutieren „Mundgesundheit von Pflegebedürftigen effektiv fördern – wer muss was tun?“

Zu meiner Person ist zu sagen, dass ich in eigener Praxis seit 1988 in Rheinland-Pfalz niedergelassen bin. Unser Dorf hat 2500 Einwohner, ist aber am Rande einer Großstadt. Intensiv mache ich Hausbesuche seit ca. 2008/09, anfangs für meine Patienten, die meine Praxis im ersten Stock eines Wohn- und Geschäftshauses nicht mehr erreichen konnten. Dies weitete sich dann aus, sodass ich heute 4 bis 5 Alteneinrichtungen regelmäßig täglich/wöchentlich besuche und weitere 8 Einrichtungen eher nur vereinzelt und auf „Zuruf“. Im Quartal haben wir mittlerweile ca. 50 bis 100 Patienten im Hausbesuchsbereich. Wir machen alles außer röntgen, da ich auch eine mobile Einheit der Firma Acteon besitze.

Aber der Reihe nach ... Der Vortrag von Herrn Prof. Dr. Bernd Wöstmann war interessant, da ich meine alltäglichen Erfahrungen mit statistischen Zahlen aus den wenigen vorhandenen wissenschaftlichen Projekten bestätigt bekommen habe. Der Schwerpunkt lag nicht auf dem Praktischen, da konnte mir der Referent kaum neue Anregungen bieten.

Den zweiten Teil der Veranstaltung am Nachmittag bildete die schon erwähnte Podiumsdiskussion mit Vertretern aus Pflege und Zahnmedizin. Was mich hier am

meisten aufgeregt hat, war die Tatsache, dass immer nur von den Pflegebedürftigen als gemeinschaftlicher Gruppe gesprochen wurde, ohne zu differenzieren. Mechthild Plümpe, Pflegedienstleiterin bei einem häuslichen Kranken- und Seniorenpflegedienst warf am Anfang ein, dass es eine Gruppe der Demenzkranken gibt, die besonders betrachtet werden sollte, was aber recht schnell in der Diskussion unterging. Wenn es aus dem Auditorium Einwände oder Fragen gab, dann wurde entsprechend so geantwortet, dass die Gruppe der Pflegebedürftigen angesprochen wurde, die jeweils eigentlich am wenigsten davon betroffen war, sodass Einwände nicht wirklich aufgegriffen wurden. Nehmen wir ein Beispiel: Thomas Bodmer (Vorstandsmitglied bei der Kranken- und Pflegekasse DAK), und Klaus-Dieter Schulz (Landesvorstand Hessen des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste bpa) diskutierten, ob es sinnvoll und notwendig sei, dass man Zähneputzen im Pflege-Leistungskatalog mehr gewichtet und ob die Zeiten für die Grundleistung Körperpflege verändert werden sollen oder nicht. Die tägliche Umsetzung wäre hier eigentlich wichtig. Wenn ich in eine Pflegeeinrichtung komme, was normalerweise in einem Zeitkorridor zwischen 10:00 Uhr bis 11:30 Uhr und/oder 13.00 bis 15:00 Uhr geschieht, dann sind die Zähne meiner Patienten häufig nicht geputzt. Es sei denn, die Patienten sind selber dazu in der Lage! Bei der Prothesenreinigung ist genauso viel Verbesserungsbedarf.

Spannend war, dass Klaus-Dieter Schulz als Pflege-Qualitätsmanager behauptete, als Aspirationsprophylaxe solle nach jeder Mahlzeit eine Zahn- bzw. Prothesenreinigung stattfinden. Von welcher Betreuungsebene spricht er denn? Demenzkranke, ja? In welchem Stadium? Andere Kranke? In welcher Pflegestufe? Im Alltag kommt das jedenfalls so nicht vor. Es gibt bestimmte Krankheitsstadien und Demenzstadien, da muss ich als Behandler darauf gefasst sein, dass ich in der Regel noch Klumpen von Essen aus dem Mund holen darf, aus Wangentaschen, unter der Zunge und fast immer unter dem Zahnersatz. Prothesenhaftmittel machen die Angelegenheit noch „delikater“. Regelmäßig mache ich Kurz-

schulungen für die Pflegekräfte: 10 Sätze über Haftmittel, die nicht verwendet werden sollen, wie man eine Druckstelle erkennt und warum die Prothese wieder hält, wenn sie unterfüttert wird. Bei Pflegekräften, die lange genug da sind, fruchtet das auch.

Das Podium war sich einig: Zahnärzte sollen Altenpflegeeinrichtungen betreuen bzw. eine Partnerschaft übernehmen. Das ist ja recht schön und gut. Ich habe eine Partnerschaft für einen Kindergarten, eine Grundschule und dann eben auch noch für eine Alteneinrichtung. Ich soll pro Jahr noch 25 Fortbildungspunkte machen (ich mache im Durchschnitt 50), mein Qualitätsmanagement in der Praxis umsetzen, Finanzbuchhaltung und so weiter. Ach ja, ich habe noch vergessen, ich bin ja verheiratet, aber meine Kinder sind schon groß – Glück gehabt. Nicht, dass ich unsozial erscheinen will, aber irgendwie habe ich einen Betrieb (Zahnarztpraxis), Angestellte für die ich verantwortlich bin, und bin auch noch ein Privatmensch. Wo kommt die ganze Zeit nur her? Diese Dienstleistungen sind wesentlich schwieriger und aufwändiger durchzuführen als eine Behandlung in der Praxis. Selbst nach den neuen Bema-Besuchspositionen erreiche ich höchstens 50% meines Stundensatzes in der Praxis. Darüber hinaus benutze ich noch mein „privates“ Auto und habe auch noch für gut 15.000 Euro Geräte und Instrumente angeschafft, die nur im Hausbesuchsbereich einsetzbar sind. Wer soll da die Leistungen in dem erforderlichen Umfang erbringen? Ich bin ein Idealist und kann mir den Luxus von Hausbesuchen leisten.

Was nehme ich von dieser Podiumsdiskussion mit? Für mich war die Podiumsdiskussion in der Hinsicht interessant, dass die verantwortlichen Führungskräfte in allen Organisationen (egal, ob Krankenkasse, Zahnärzteschaft, Regierung, Altenpflege-dienstleitung) sehr weit vom Alltag der Personen entfernt sind, die eigentlich täglich die Arbeit machen. Entweder scheint es sehr lange her zu sein, dass sie in den entsprechenden Berufen gearbeitet haben, oder sie sind wirklich fachfremd. Ich kann nicht beurteilen, was zutrifft. Nur ein Beispiel noch hierfür:

Metis-Dental

Lerchenweg 30, D-96135 Stegaurach
T 0951-296 85 22, F 0951-296 85 23, Mobil 0172-219 77 07
kontakt@metis-dental.de, www.metis-dental.de

Metis
Metis-Dental

Metis macht mobil...

Metis-Dental informiert:

Der ganz besondere Patientenservice - mobile Zahnbehandlung

Sie möchten das Spektrum Ihrer Praxis erweitern und durch besondere Leistungen Patienten erreichen und an sich binden?

Viele Zahnärzte suchen ein „Alleinstellungsmerkmal“ für Ihre Praxis und setzen auf **Spezialisierung**, z.B. in Form teurer und zeitaufwändiger Masterkurse in Implantologie oder Parodontologie.

Unser Vorschlag: versuchen Sie doch mal einen ganz anderen Weg: bieten Sie eine **einzigartige Service-Qualität!** Angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme pflegebedürftiger Menschen könnte ein wichtiges, für die Patienten wertvolles, positiv überraschendes Merkmal dieser Servicequalität sein, dass Sie als ihr Zahnarzt auch **zahnärztliche Hausbesuche** durchführen.

In Rahmen von Hausbesuchen können zugleich **delegierbare Leistungen** durch entsprechend fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte erbracht werden (Kurse für Mitarbeiterinnen in Alterszahnheilkunde bietet z.B. die Akademie Praxis und Wissenschaft an). Trotz Heimunterbringung oder Pflege zuhause ist es so möglich, auch für immobile Patienten **individuelle, bedarfsgerechte Prophylaxekonzepte** zu erstellen und diese Konzepte – ggf. in Zusammenarbeit mit den professionellen Pflegekräften oder den pflegenden Angehörigen – umzusetzen.

Daneben gibt es weitere Gründe, die für die Implementierung einer mobilen Behandlungsstruktur sprechen. Z.B. bedeuten Zahn-Probleme, die mit Schmerzen verbunden sind, für Patient und Zahnarzt einen „Notfall“. Ist dieser mangels Equipment vor Ort nicht behandelbar, erwächst ein erheblicher finanzieller und organisatorischer Aufwand, um den Patienten in einer Klinik oder einer Zahnarztpraxis behandeln zu lassen.

Eine mobile Behandlungsausrüstung dagegen erlaubt den Umgang mit den meisten Notfällen direkt im Krankenzimmer oder am Pflegebett. Zugleich sind die mobile Einheit und zahnärztliche Hausbesuche der Schlüssel zur Integra-

tion immobiler Patienten in ein **Recall-System** und damit zum langfristigen Erhalt eines funktionsfähigen Gebisses mit möglichst vielen eigenen Zähnen für diese Patienten.

Eine funktionierende zahnärztliche Vor-Ort-Betreuung schafft für Ihre Praxis einen eindeutigen **Wettbewerbsvorteil**, bei regelmäßiger Anwendung kann sie zum **Profit-Center** werden.



Die wenigen auf dem Markt befindlichen mobilen Behandlungsgeräte waren jahrzehntlang nur auf Notfallmaßnahmen ausgerichtet – allmählich wirkt sich jedoch die zunehmende Präventionsorientierung in der Zahnmedizin auch auf diesen Bereich aus.

Metis Dental, geleitet von Dr. Dr. Uwe Greese (Arzt und Zahnarzt in eigener Praxis) und Stephan Winter (Zahntechniker und Dentalkaufmann) ist seit einigen Jahren Marktführer in Europa für mobile dentale Behandlungssysteme und stellt für Zahnärzte mit Interesse an neuen Betätigungsfeldern die geeignete Ausrüstung bereit - siehe **www.metis-dental.de**. Die von Metis-Dental angebotenen Einheiten sind leicht, robust, unkompliziert auf- und abzubauen. Dabei kann jeder Zahnarzt selber wählen, welche Leistungen er mobil anbietet, und

sein Equipment sukzessive erweitern in dem Maße, wie er seine mobilen Betreuungsangebote ausbaut. Selbstverständlich genügen alle Geräte den gesetzlichen Bestimmungen.

Verschiedene in der Praxis genutzte Komponenten können **mit der mobilen Einheit kombiniert** werden (z.B. Hand- und Winkelstücke, auch mit Licht, Absaugvorrichtungen oder Geräte zur Zahnstein-Entfernung); der Antrieb kann per Strom oder Druckluft erfolgen. In Verbindung mit einem mobilen Röntgengerät (z.B. Port X II) entsteht eine unschlagbare Kombination, die sogar Wurzelkanalbehandlungen und kleinere chirurgische Eingriffe erlaubt. Und wenn mal in der Praxis ein Behandlungsstuhl oder ein Röntgengerät ausfällt, werden Sie die mobile Ausrüstung zusätzlich zu schätzen wissen.

Nehmen Sie Kontakt auf: wir beraten Sie gern!
Übrigens finden Sie uns auch auf Facebook ...

Es kann nicht sein, dass alte pflegebedürftige Menschen von Gesundheitsgesetzen und Verordnungen (Bema oder GOZ) behandelt werden wie jeder normale gesunde Bürger. Zum Beispiel sollte für pflegebedürftige Menschen ab einem gewissen Pflegegrad Prothesenreinigung Kassenleistung sein. Über die Ausstattung von Prothesen mit Minifunkchips o.ä., wie es in der Diskussion angeklungen ist, sollte wirklich nachgedacht werden. Es ist für mich Alltag, dass ich pro Woche eine Prothese erneuern soll, weil die bisher vorhandene gerade mal wieder verloren gegangen ist. Genauso sollte Zahnsteinentfernung oder professionelle Zahnreinigung mehrfach im Jahr von den Krankenkassen übernommen werden, abgestuft nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.

Heutzutage ist in der Zahnmedizin fast alles zuzahlungspflichtig. Menschen, die lange genug in Pflegeeinrichtungen leben, sind aber irgendwann finanziell am Ende. Wir können über alle möglichen Vorsorgemaßnahmen und Zahnersatz theoretisieren. Wenn die pflegebedürftigen Menschen die Kosten nicht tragen können, dann verlieren diese Personen recht schnell alle Zähne.

Auch wenn die Podiumsdiskussion streckenweise recht hitzig geworden ist, gab es ein versöhnliches Ende.

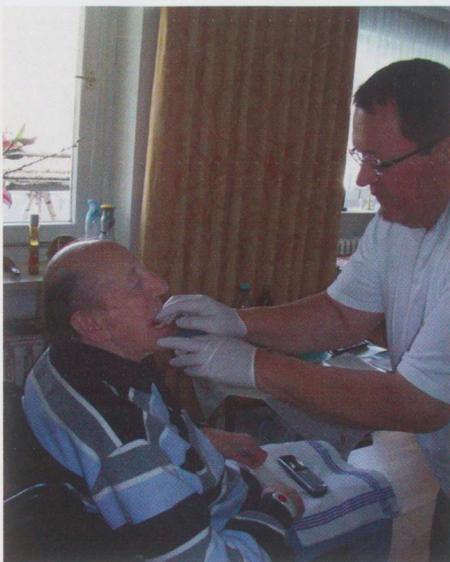
Wie fast alle Redner gemeinsam festgestellt haben, konnten die nachfolgenden Punkte in etwa als Ergebnis festgehalten werden:

1. Die Veranstaltung ist ein guter Anfang! Nicht mehr und nicht weniger.
2. Es sind mehr Fragen entstanden, als Fragen beantwortet wurden.
3. Mediziner, Zahnmediziner, Krankenkassen, Altenpflegeleistungserbringer und der Gesetzgeber müssen dringend an einen Tisch, und auf allen Ebenen muss es die Möglichkeit des Informationsaustausches geben.
4. Pflegebedürftige Menschen dürfen nicht als Masse betrachtet werden, sondern es müssen die Menschen in „Gruppen“ ähnlich den Pflegestufen eingeteilt werden, so dass je nach Pflegegrad auch eine angepasste zahnärztliche Versorgung möglich ist.
5. Die Ausbildung in der Altenpflege benötigt dringend auch zahnmedizinische bzw. prophylaktische Wissensinhalte.

6. Regelmäßige halbjährliche Fortbildungen in den Einrichtungen und den Zentralen der ambulanten Pflegedienste sollten bereits fertig examinierte Altenpfleger und -pflegerinnen nutzen können, um die vorhandenen Wissenslücken zu schließen.
7. Die Bevölkerung muss spätestens im Alter von 40 bis 50 Jahren mit gezielten Veranstaltungen und Fortbildungsmöglichkeiten aufgeklärt werden, so dass die Menschen angeregt werden, sich Gedanken zu machen, wie sie ihren letzten Lebensabschnitt gestalten wollen. Das Tabu in der Bevölkerung muss aufgebrochen werden, dann kann man auch die wenigen zahnärztlichen Inhalte, die notwendig sind, leicht integrieren.
8. Wenn die Pflege allgemein und die darin enthaltene zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen besser werden sollen, dann muss die Gesellschaft (also wir alle) viel mehr Geld in die Hand nehmen, sonst wird sich nichts ändern.

Das war's.

Dr. Gregor Kendzia, Fußgönheim



Das Thema Alterszahnmedizin nimmt in den Zahnarztpraxen einen immer größer werdenden Raum ein. Durch demographischen Wandel steigt die Zahl der Patienten der Generation 60 plus, die zahnärztlich betreut werden müssen. Immer mehr eigene Zähne, hochwertige prothetische Versorgungen, Prävention und spezielle Prophylaxemaßnahmen sind die Herausforderungen, denen wir uns in Zukunft als gesamtes Team stellen müssen.

Betreuung von multimorbiden Patienten in der Praxis und in stationärer und häuslicher Pflege – ein Erfahrungsbericht von Dr. Clemens Hoppe

Leider sind diese Veränderungen noch nicht bei allen Praxisteams und der Kollegenschaft angekommen. Es gibt bundesweit große Unterschiede, wie mit der veränderten Situation umgegangen wird. Hausbesuche bei Patienten in stationärer und häuslicher Pflege sind bei einer Reihe von Zahnärztinnen und Zahnärzten noch kein Standard.

Zum Glück können viele betagte, sogar multimorbide Patienten, mit oder ohne Hilfe noch selbst in die Praxis kommen. Das ist die beste Lösung. Der Patient kann so optimal behandelt und betreut und in einen engen Recall mit regelmäßigen Präventionsmaßnahmen eingebunden werden. Für gesetzlich versicherte Patienten wird dabei das Bonusheft weiter geführt. Die Zahnarztpraxis sollte behindertengerecht eingerichtet sein, um dieser Patienten gerecht zu werden.

Anforderungen für die Praxis

1. Aufnahmebögen in großer Schrift und in übersichtlicher Einteilung
2. Anamnesebogen laufend aktualisieren (Medikamentenplan)
3. Behindertengerechter Eingangsbereich und Sanitärbereich (soweit baulich möglich)
4. Großzügiger Empfangsbereich (Abstellmöglichkeit für Rollator, Gehstützenhalter)
5. Armlehnstühle im Wartezimmer

Bei multimorbiden Patienten, die nicht mehr die Zahnarztpraxis aufsuchen können, sieht das schon ganz anders aus. Dann wird der Zahnarzt meistens nur bei Notfällen, akuten Schmerzen oder prothetischen Problemen kontaktiert.

Wir unterscheiden bei der Generation ab 60 plus die sogenannte Silbergeneration,



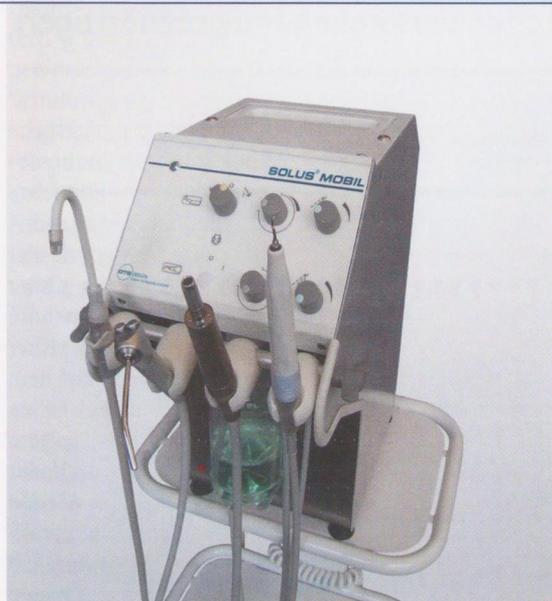


DTS DESIGN

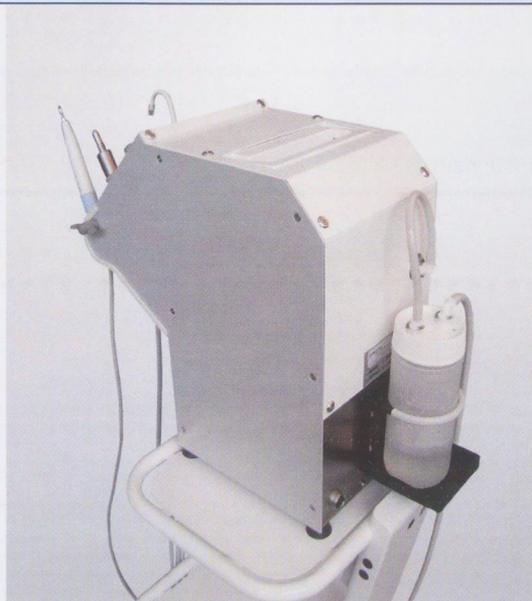
DENTAL TECHNISCHE SYSTEME

PRODUKTION | VERTRIEB | SERVICE

TRAGBARE BEHANDLUNGSEINHEIT SOLUS® MOBIL



SOLUS MOBIL auf Kleingeräte-Cart – Vorderansicht



SOLUS MOBIL auf Kleingeräte-Cart – Rückansicht

AUSSTATTUNGSBEISPIEL (v.l.n.r.):

- Speichelzieher mit Köcherschaltung
- 3-Funktionsspritze
- NSK Motor TiMax – LUX (mit Licht)
- NSK-Varios – LUX Zahnsteinentferner mit Licht
- Flüssigkeitsbehälter für Spraywasser

AUSSTATTUNG:

- Sekretbehälter mit ausklappbarer Halterung
- Netzanschluss
- Stabiler einklappbarer Tragegriff

Andere Ausstattungsvarianten sind auf Anfrage möglich !!

TECHNISCHE GERÄTE-DATEN

Versorgungsspannung:

Standard:
230 VAC – 50/60 HZ

Alternativ:
mit Spannungswähler
auf 115 VAC – 50/60HZ

Abmessungen:

B x H x T:
23 x 39 x 40 cm

Gewicht:

Ca 12 kg
(je nach Ausstattung)

Geräteklasse:

I Typ BF



SOLUS-MOBIL integriert in Tropengeeignetem Schutzkoffer



TRANSPORT-KOFFER

mit Rollen und ausziehbarem Griff

Abmessungen:

B x H x T:
50 x 63 x 30 cm

Gewicht: ca. 10 kg

DIE MOBILE PRAXIS!

SOLIDE UND ZUVERLÄSSIGE QUALITÄT
ZU EINEM FAIREN PREIS



DTS DESIGN

Hartwaldstr. 1
D-86504 Merching
info@dts-design.de

Tel 08233– 849700-0
Fax 08233– 2117540
www.dts-design.de

die fitten Alten und die multimorbiden Patienten. Jede Patientengruppe stellt gewisse Bedingungen und Anforderungen an das gesamte Praxisteam und ist bei uns zum festen Bestandteil im täglichen Praxisbetrieb geworden.

Seit 1984 führe ich Hausbesuche bei multimorbiden Patienten in stationärer und häuslicher Pflege durch; seit meiner Niederlassung vor 24 Jahren habe ich die Strukturen meiner Praxis immer wieder angepasst, um die Betreuung dieser Patientengruppe zu verbessern. Der Landkreis Goslar gehört zu den drei Kreisen mit dem höchsten Altersdurchschnitt bundesweit, wobei Bad Harzburg einen Spitzenplatz einnimmt. Über 40 % der Einwohner sind über 60 Jahre alt, jeder 10. Bürger ist über 80 Jahre alt. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, habe ich das Curriculum der Alterszahnmedizin absolviert und die Prüfung zum „Spezialist für Seniorenzahnmedizin“ abgelegt, zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ).

Es ist auch bei uns so, dass wir durch das Pflegepersonal oder Angehörige gerufen werden, was in der häuslichen Pflege öfter vorkommt als bei bestimmten Senioreneinrichtungen. Mit einigen stehen wir in engem Kontakt, die Zusammenarbeit und Kommunikation verbessern sich immer weiter. Dort betreuen wir regelmäßig Patienten, die in einem engmaschigen Recall eingebunden sind. Es hat teilweise lange gedauert, bis wir die Leitungen überzeugen konnten, dass die Mundhygiene und Prophylaxe ein wichtiger Baustein in der täglichen Seniorenbetreuung sind und dadurch der Allgemeinzustand der multimorbiden Patienten verbessert wird. In manchen Heimen ist das noch nicht angekommen, aber es setzt so langsam ein Umdenken ein, weil sich auch die Gesetzeslage verändert hat. Nach dem im Juni 2012 verabschiedeten PNG (Pflegerneuausrichtungsgesetz) müssen die Pflegeeinrichtungen bis Ende dieses Jahres vertraglich geregelt haben, mit welchem Zahnarzt sie zusammenarbeiten.

Bei einer intensiven Betreuung von multimorbiden Patienten, die auch Pflegestufen I bis III haben, müssen folgende Faktoren unbedingt berücksichtigt werden:

1. Erstellung einer vollständigen Anamnese
2. Welche Pflegestufe liegt vor?
3. Ist der Patient noch selbst geschäftsfähig (Angehörige, Betreuer)?
4. Einwilligungsfähigkeit, Behandlungsaufklärung
5. Medikamentenplan (ASS, Marcumar)
6. Welche Erkrankungen liegen vor (Diabetes, Allergien, Demenz)?

7. Zusammenarbeit mit dem Hausarzt ist zwingend erforderlich
8. Kann die Mundhygiene selbst durchgeführt werden, oder nur mit Hilfe?
9. Wenn Zahnersatz, welche Form?
10. Bonusheft für gesetzlich Versicherte

Viele Bewohner einer Senioreneinrichtung haben nur ein Taschengeld; die Rente und einen eventuellen Auffüllbetrag erhält direkt das Heim. Bei Neuanfertigung oder Reparaturen von Zahnersatz ist es teilweise schwierig, die Kostenübernahmefrage zu klären. Oft wird das Bonusheft seit der Übersiedelung ins Heim nicht mehr geführt.

Unser Equipment für die Hausbesuche haben wir im Laufe der Jahre immer wieder ergänzt und verbessert. Hier eine Checkliste für den zahnärztlichen Hausbesuchskoffer:

1. Einmalsets
2. Kopflampe für Behandler und Assistent
3. Nierenschalen
4. Scaler, Küretten
5. Bürstchen, Polierer, Bohrer
6. Füllungsmaterial
7. Handschuhe, Mundschutz, Händedesinfektion, Einmalhandtücher
8. Abformmaterial, Anrührbecher, Spatel
9. Mikromotor mit Hand- und Winkelstück
10. Mobiles Chipkartenlesegerät

Der Inhalt erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und hängt von jedem Behandler individuell ab.

Wir haben in unserer Praxis feste Zeiten für die mobile Behandlung eingerichtet. Damit ist der Freitagvormittag ausschließlich für Hausbesuche vorgesehen.

Um eine gute Betreuung von multimorbiden Patienten in stationärer und häuslicher Pflege durchführen zu können, sind auch entsprechende Fachkenntnisse des Pflegepersonals notwendig. Es ist mit der Durchführung der Mund- und Prothesenhygiene oft überfordert. Der enge Zeitrahmen im täglichen Pflegebetrieb und mangelnde Kenntnisse führen zu Defiziten. Unter dem Thema „Mundhygiene in der Pflege“ führen wir Schulungen für das Pflegepersonal durch. Praktische Übungen, Informationen über Hilfsmittel für die tägliche Mundhygiene, über verschiedene prothetische Versorgung und ihre Handhabung sollen helfen, die Mundhygiene-Situation zu verbessern.

Die Alterszahnmedizin ist in der zahnärztlichen Praxis längst keine Randerscheinung mehr. Wir müssen uns auf die demographischen Veränderungen einstellen. Die

Politik, die Krankenkassen und Landesvertretungen sind gefordert, dafür den dringend benötigten Rahmen zu schaffen.

Dr. Clemens Hoppe, Bad Harzburg
www.zahnarzt-clemens-hoppe.de

Die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger: Links + Lesetipps

Weder in Bezug auf mobile zahnärztliche Betreuung noch in Bezug auf die Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen durch Anleitung ihrer Angehörigen sowie durch Aus- und Fortbildung der professionellen Pflegekräfte gibt es bisher bundesweite flächendeckende Angebote oder auch nur solche Konzepte. Was bisher anzutreffen ist, beruht vorwiegend auf dem Engagement Einzelner; in einigen Fällen handelt es sich auch um (Modell-)Projekte unter Beteiligung von Kammern und/oder Krankenkassen. Es ist also noch eine Menge zu tun, jedoch braucht man weder bei praktischen Maßnahmen noch bei strukturellen Überlegungen beim Punkt Null anzufangen. Dankenswerterweise haben verschiedene Organisationen eigenes Informationsmaterial und zum Teil Link-Listen ins Internet gestellt. Hier einige (wenige) Hinweise ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Mehrfach erwähnt in diesem Heft: BZÄK-Ratgeber, Handbücher + das AuB-Konzept: <http://www.bzaek.de/berufsstand/praevention-und-gesundheitsfoerderung/alters-und-behindertenzahnheilkunde.html>

Beispielhaft genannt seien hier außerdem die Info-Angebote einiger Zahnärztekammern, was nicht heißt, dass die übrigen nichts machen. Allerdings sind entspr. Quellen bei einigen Kammern nicht oder nur mit Mühe über die Website zu finden.

In Hessen hat man schon vor 20 Jahren damit begonnen, Koffer mit mobilen Behandlungsgeräten anzuschaffen und übers Land verteilt zum Ausleihen bereitzustellen. Inzwischen spielt auch die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen und die Weiterbildung von Pflegekräften eine wichtige Rolle – hierzu werden für „Schulungs-Zahnärzte“ Materialien angeboten: <http://www.lzkh.de/Content/Pages/200/200F/200FA?templates=26093>.

Im Bereich der Kammer Baden-W. nehmen nicht nur auf der Website www.lzkbw.de/Zahnaerzte/Alterszahnheilkunde/index.php

die Aktivitäten zugunsten Alter und Behinderter breiten Raum ein. Gemäß dem landesweiten Versorgungskonzept „AKABE BW – Gesund beginnt im Mund / Zahn- und Mundgesundheit in der Pflege“ ist die Versorgung bis hinunter auf Kreisebene durchstrukturiert. Auf dieser Ebene kümmern sich die Senioren- und Behindertenbeauftragten (SuBs) um örtliche „Betreueteams“, kooperieren mit den Landratsämtern / der Heimaufsicht, stellen den Pflegeeinrichtungen das Angebot vor, verteilen Schulungsmaterialien und führen Schulungen durch, sorgen für Behandler, wenn Pflegebedürftige keinen Hauszahnarzt haben usw. Verteilt auf die 4 Bezirkszahnärztekammern gibt es 40 SuBs, die beratend, koordinierend und auch selbst praktisch in der Betreuung Pflegebedürftiger tätig sind.

Weit über die Landesgrenzen hinaus ist das Projekt Teamwerk aus München bekannt geworden. Es beinhaltet eine regelmäßige zahnmedizinische und oralpräventive Betreuung von Menschen in über 50 Münchner Pflegeheimen. 2002 aufgrund der Erfahrungen mit einem zunächst auf behinderte Menschen beschränkten Vorhaben gestartet, wurde es ab 2005 als Modellprojekt, finanziert durch die AOK Bayern, in Kooperation mit dem Sozialreferat der Stadt München, der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und KZV weitergeführt und von der Universität München wissenschaftlich begleitet (vom Institut der Deutschen Zahnärzte IDZ wurde 2009 hierzu eine Publikation herausgebracht www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/7e45a81-9c635ced4c125733700365704/d3c88e1b

2e3583d4c125768500491236/\$FILE/IDZ_0409.pdf. Es besteht aus dem Modul Prävention, durchgeführt von bei Teamwerk beschäftigten Zahnärzten und zahnmedizinischen Fachangestellten, sowie dem Modul Behandlung. Je nach Erfordernis erfolgen Behandlungen in aufsuchender Form durch Patenzahnärzte oder auch in speziellen „Kompetenzzentren“ von Kliniken. Im Rahmen der Teamwerk-Arbeit wurden Schulungsmaterialien für Zahnärzte und Pflegepersonal entwickelt. Die Bayerische ZÄK stellt über www.blzk.de/start-shop.htm div. Infomaterialien für Zahnärzte und Patienten zum Thema Zähne im Alter zur Verfügung.

Beim Thema ZM + Pflege eine wichtige Adresse: die Deutsche Gesellschaft für Alters Zahnmedizin e.V. mit ihrer Website www.dgaz.org. Seit diesem Jahr gibt sie eine eigene Publikation, die „Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin“, heraus.

Demenzkranke sind eine spezielle Gruppe innerhalb der Pflegebedürftigen, die auch hinsichtlich ihrer Mundgesundheit besonderer Hilfen bedürfen. Als Beispiel sei hier die Kooperation einer niedergelassenen Zahnärztin - Claudia Ramm, DGAZ-Landesbeauftragte in Schleswig-Holstein - mit dem Kompetenzzentrum Demenz des Landes SH, getragen von der Alzheimer-Gesellschaft SH, erwähnt - Infos unter www.demenz-sh.de/index.php/mund-und-zahngesundheit.html.

Bereits auf Seite 1 begegnet den Lesern dieses „Forums“ ein beispielhaftes Projekt aus der dünn besiedelten brandenburgi-

schen Uckermark. Zahnärztin Dr. Kerstin Finger hat sich eine transportable Einrichtung zugelegt und versorgt so seit Jahren immobile und kranke Patienten im Rahmen von zahnärztlichen Hausbesuchen. Ihre Initiative wurde über den örtlichen Rahmen hinaus bekannt und anerkannt und aus Mitteln des EU-Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raumes sowie aus Landesmitteln gefördert. In einer wissenschaftlichen Arbeit an der Universität Viadrina Frankfurt/Oder hat die Zahnärztin die Versorgungslage in der Uckermark untersucht und dargelegt, dass ein mobiles Betreuungsangebot, bei dem Wünsche und Würde der Hilfsbedürftigen respektiert werden, die Lebensqualität im Alter deutlich verbessern kann. Bei den Kommunen sieht Dr. Finger eine Mitverantwortung - sie sollten angesichts einer unzureichenden medizinischen Infrastruktur solche Angebote fördern.

Viele gute Projekte im Bereich Zahnmedizin und Pflege - das zeigen die inzwischen recht zahlreichen Berichte - sind ganz wesentlich dem Engagement Einzelner zu verdanken. Dass solche Projekte Schule machen und vielleicht zu Bausteinen bundesweiter Versorgungsangebote werden, dazu möchte dieses „Forum“ beitragen. Und auch Sie sind eingeladen, dabei mitzuwirken - durch Leserbriefe, Berichte und Vorschläge für die nächste Ausgabe (Redaktionsschluss 15.07.2013).

Irmgard Berger-Orsag
kontakt@daz-web.de

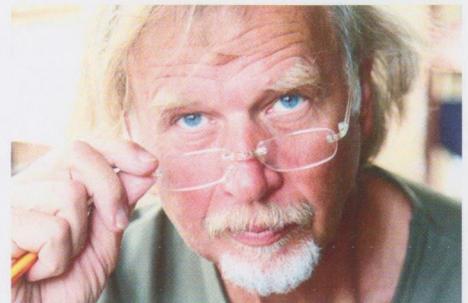
Minister Bahr's Anti-Korruptionsgesetz – nichts als ein Tuten des Nebelhorns

Nach den Vorschlägen von Gesundheitsminister Daniel Bahr soll Bestechlichkeit bei Kassenärzten und anderen Partnern der gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft nicht nur nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) untersagt sein, sondern auch mit Geldstrafen oder bis zu drei Jahren Haft bestraft werden können. Ahnden möchte der Gesundheitsminister jedoch nur „besonders schwere Verstöße“.

In der Diskussion um Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden Betrug, Untreue und Vergehen gegen das Wettbewerbsrecht häufig in einem Atemzug mit dem Tatbe-

stand der Bestechung, der Bestechlichkeit oder der Vorteilsnahme diskutiert. Während von den Ersteren 2010 und 2011 über 50 000 Fällen von den Kassen aufgespürt und 2600 Fälle staatsanwaltlichen Ermittlungen zugeführt wurden, ist die strafrechtliche Ahndung von Bestechungsdelikten nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom vorigen Sommer ins Stocken gekommen.

Die Vertragspartner der GKV sind aber immer noch eine wichtige Zielgruppe für Beeinflussungen durch eine auf Gewinnmaximierung orientierte Gesundheitsindustrie. Deren Lobby ist auch auf höchster Ebene erfolgreich:



Korruption wurde zum Beispiel mit der Legitimation hoch dotierter Anwendungsbeobachtungen durch den Gesetzgeber sogar noch gefördert. Die in den letzten 20 Jahren verbreitete Dominanz wirtschaftlicher Interessen im „Gesundheitsmarkt“ haben den primären öffentlichen Auftrag der GKV-Vertragspartner schleichend verdrängt und das Unrechtsbewusstsein im Gesundheitswesen verkümmern lassen.

Die nebenstehenden Ausführungen von Dr. Wodarg sind auf die Verhältnisse in der Medizin im Allgemeinen bezogen. Im zahnärztlichen Bereich überwiegen jedoch andere Interessenvertreter und Akteure und meist indirektere Vorgehensweisen. Allerdings bestehen ähnlich wie zwischen Ärzten, Pharmafirmen, Medizinprodukte-Herstellern usw. auch zwischen Zahnärzten und Unternehmen verschiedener Art wie Dental-Labors, Einrichtern, Medikamenten-, Material- und Instrumentenherstellern geschäftliche Verbindungen, die sich zu Gunsten persönlicher Vorteilsnahme nutzen lassen. Aus Sicht der „Forum“-Redaktion scheint es sinnvoll, anhand von Beispielfällen korruptionsverdächtige Vorgehensweisen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zu analysieren und zu prüfen, welche Handhabe die von Transparency vorgeschlagene gesetzliche Regelung in solchen Fällen bieten würde. Die Redaktion hofft auf Anregungen und Vorschläge aus der Leserschaft. Des Weiteren interessieren uns Meinungen zu der Frage, ob die Ärzte, die sich in dem Spannungsverhältnis von GKV-Reglementierung und selbständiger Praxisführung durchschlagen müssen, wirklich den Amtsträgern gleich gestellt werden sollen. Wichtiger wäre es vielleicht, die Einflussnahme in den verfassten Strukturen zu untersuchen und zu verfolgen, als die „Schwächen“ des einzelnen Arztes. Allgemein steckt evtl. in Transparenz und öffentlicher Aufklärung ein größeres Veränderungspotential als in mehr Strafverfolgung allein. **Dr. Celina Schätze**

Es ist für Pharma-, Klinik-, Versicherungs- oder Dienstleistungs- und Medizinprodukt-Konzerne schon sehr verlockend, hier einen 200-Milliarden-Markt melken zu können, dessen Liquidität vom Staat garantiert wird und in dem es keine kritischen Einzelkunden, sondern lediglich beauftragte Sachwalter der Solidargemeinschaft zu beeinflussen gilt. Hier ist offenbar noch mehr zu holen als in der Bau- oder in der Rüstungsindustrie. Und die strukturell bedingte Unübersichtlichkeit eines riesigen Vertrags-Flickenteppichs macht es den Lobbyisten und Agenten der Industrie leicht, im Trüben zu fischen. Die Intransparenzen durch unterdrückte Studiendaten, geheim gehaltene Versorgungsverträge, durch Outsourcing, durch käufliche Forscher, Normensetzer und Zertifizierer und durch die wachsende Komplexität der Zuständigkeiten sind so wirksam, dass selbst Profis bekennen, den Durchblick zu verlieren. Angesichts dieser Nebelsuppe erscheint die mit markigen Sprüchen verkaufte Politik des Gesundheitsministers wie das hilflose Tuten eines Nebelhornes, aber nicht wie ein frischer Wind, der in der Lage wäre, den Nebel zu lichten. Korruption im deutschen Gesundheitswesen wirkt jedoch buchstäblich tödlich und muss endlich wirksam bekämpft werden können.

Transparency hat deshalb zur Strafbarkeit von Bestechungsdelikten im Gesundheitswesen eigene Vorschläge eingebracht, die es ermöglichen, alle im GKV-Auftrag tätigen Leistungserbringer in ihrer öffentlichen Funktion zu verpflichten und somit den bereits existierenden Regeln des Strafgesetzbuches nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 StGB zu unterwerfen.

Wir schlagen vor, die Vertragsärzte, die nicht-öffentlich angestellten Ärzte und die anderen Leistungserbringer in der GKV nach dem Verpflichtungsgesetz zu verpflichten und sie damit strafrechtlich wie Amtsträger zu behandeln. Für den Bereich

der von ihnen vertraglich übernommenen öffentlichen Funktionen gelten für die verpflichteten Leistungserbringer dann – wie für Amtsträger – die Bestechungstatbestände des Strafgesetzbuches. Das geht mit Ärztinnen und Ärzten in Praxen, Kliniken, MVZ und Ambulanzen ebenso wie mit allen anderen Vertragspartnern in der GKV.

Das deutsche Verpflichtungsgesetz sagt in § 1 Abs. 1: „Auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten soll verpflichtet werden, wer, ohne Amtsträger (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 des Strafgesetzbuches) zu sein, 1. bei einer Behörde oder bei einer sonstigen Stelle, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt, beschäftigt oder für sie tätig ist...“

Es bedarf also keiner Sonderbehandlung von Berufsgruppen im Strafgesetzbuch, wie es der GKV-Spitzenverband vorgeschlagen hatte. Es bedarf lediglich einer Klarstellung in § 95 SGB V, dass Vertragspartner der GKV nach dem Verpflichtungsgesetz zu verpflichten sind. Damit würden sie ebenfalls den Korruptionstatbeständen nach §§ 331ff. StGB unterworfen, denn das Gesetzbuch nennt sie dann „für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichtete“ nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 StGB („...wer, ohne Amtsträger zu sein a) bei einer Behörde oder bei einer sonstigen Stelle, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt, oder b) bei einem Verband oder sonstigen Zusammenschluß, Betrieb oder Unternehmen, die für eine Behörde oder für eine sonstige Stelle Aufgaben der öffentlichen Verwaltung ausführen, beschäftigt oder für sie tätig und auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet ist“).

Durch diese Gleichstellung der Vertragsärzte als Treuhänder öffentlicher Gelder mit Ärzten, die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis stehen, wird die vom BGH

monierte Gesetzeslücke geschlossen. Eine derartige Regelung eröffnet zugleich Sanktionsmöglichkeiten gegen Korruptionspartner („Geber“) nach §§ 333, 334 StGB z.B. aus der Pharmaindustrie sowie Maßnahmen nach dem Straf- und Ordnungswidrigkeitengesetz wie Gewinnabschöpfung und den sogenannten Verfall.

Diese von der AG-Recht und der AG Gesundheit bei Transparency International Deutschland e.V. entwickelte Lösung ist einfach und kann dem Problem angemessen gehandhabt und angepasst werden. Im Gegensatz zu einem diskriminierenden Spezialstrafrecht für Ärzte oder zu der von Daniel Bahr jetzt eingebrachten weichen Verkoppelung des SGB V als Hilfsstrafrecht mit unklaren Zuständigkeiten ist die obligatorische Nutzung des vorhandenen Verpflichtungsgesetzes für die GKV-Vertragspartner mit dem Vorteil verknüpft, dass die bisherigen Strafermittlungsbehörden wieder zuständig sind und ausgebaut werden können und dass alle Möglichkeiten der Strafverfolgung wie für Taten von Amtsträgern zur Verfügung stehen.

Am 06.06.2013 wird Hamburg einen weiteren Vorschlag in den Bundesrat einbringen. Dieser will den auf die Bestechung im geschäftlichen Verkehr zielenden § 299 im StGB um einen speziellen § 299a ergänzen. In ihm sollen die Angehörigen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe als mögliche Straftäter im Wettbewerb explizit erfasst werden. Dieser Entwurf wurde inzwischen von der SPD-Bundestagsfraktion wortgleich in den Bundestag eingebracht und bereits am 15.05.2013 bei einer Anhörung diskutiert. Unklar bleibt bei dieser Vorlage, ob jemand, der im Gesundheitswesen bestechen will, sich dadurch vor Strafverfolgung schützen kann, dass er seine „Partner“ dann eben nicht bei Angehörigen von Gesundheitsberufen, sondern im Kreise ihres Managements sucht. Weil in Deutschland Unternehmen noch immer nicht als solche strafbar sind, wird es dann wieder schwierig mit der Strafverfolgung und Ahndung. Zwar würden dann Ärzte, Zahnärzte und Pflegekräfte nicht mehr bestochen werden dürfen, die schrägen Geschäfte könnten aber möglicherweise auf MVZ-Manager, Geburtshaus-Geschäftsführerinnen oder Manager der Pflegedienste etc. verlagert werden.

Transparency wird hier am Ball bleiben, und wenn es diese Koalition nicht mehr schafft, dann werden wir mit der nächsten reden.

Dr. Wolfgang Wodarg

Arzt, Ex-MdB (SPD, 1994 bis 2009) Vorstandsmitglied von Transparency International Deutschland, Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitswesen



Gespräch bei rdv Dental vor funkelnden Dentaleinheiten, die Jahrzehnte auf dem Buckel haben

Sparen und trotzdem nicht auf Qualität verzichten – die „neuen Gebrauchten“ machen es möglich

Über den Besuch bei einem nicht ganz alltäglichen Dentalunternehmen berichtet Dr. Peter Nachtweh

Bereits mehrfach wurde im „Forum für Zahnheilkunde“ die Frage aufgeworfen, wie man unnötige Investitionskosten bei einer Praxisneugründung oder Neuinvestition geschickt vermeiden und trotzdem erreichen kann, dass die Praxis modern ausgestattet ist und den Patienten alle wichtigen Behandlungsmöglichkeiten und eine angenehme Umgebung bietet. Ich möchte hinzufügen, dass es genauso wichtig ist, dass der Praxisinhaber bzw. die in einer Praxis tätigen Behandler sich in den Räumen wohlfühlen und sich in einer zeitgemäßen und technisch ausgereiften Atmosphäre ganz auf ihre zahnärztliche Tätigkeit konzentrieren können. Sie sollten keinen Druck verspüren, weil an den bewusst sparsam und trotzdem mit Bedacht ausgewählten gebrauchten Geräten ständig der Fehlerteufel lauert und der Supergau für den Praxisablauf droht.

Der Patient orientiert sich bei der Beurteilung einer Zahnarztpraxis vorrangig am Verhalten der Helferinnen, die ihn an der Rezeption empfangen, an der Freundlichkeit des Zahnarztes und, wenn er länger beim selben Zahnarzt ist, an den Behandlungserfolgen. Ob er im Sprechzimmer auf einer jungen gebrauchten oder preiswerten neuen Einheit behandelt wird, bleibt für ihn eine Nebensache.

Für die Praxis jedoch geht es bei der Behandlungseinheit um Entscheidendes: um eine unverzichtbare Voraussetzung für die Patientenbehandlung und um eine kostspielige Investition, die auch die Bedingungen prägen kann, wie sich die Praxisführung in den nächsten Jahren entwickelt.

Wer sparen will und muss, wirft sicher auch mal einen Blick auf die alten „Gebrauchten“, die in vielen großseitigen oder auch in den kleinen Anzeigen unserer Fachzeitschriften angeboten werden. Darf man sich auf ein derartiges Angebot einlassen? Was verbirgt sich hinter den Angeboten, die nicht zuletzt auch in unserem „Forum“ immer wieder werbewirksam erscheinen und den Himmel auf Erden versprechen?

Für die DAZ-Geschäftsführerin und den Autor dieses Artikels waren

solche Fragen Anlass, sich auf den Weg nach Pulheim bei Köln zu machen, um einen führenden Dental-Fachhändler für gebrauchte Markenartikel direkt im Werk zu besuchen und ihm auf den Zahn zu

Alt – und doch kein altes Eisen

Der aus ökonomischen wie ökologischen Gründen interessante Second Hand Markt im Dentalbereich ist wenig übersichtlich, die Qualitäten variieren. Wichtig sind – wie bei Neugeräten – Garantiezusagen, Servicebedingungen und Ersatzteilverfügbarkeit sowie ggf. die Möglichkeit, bestimmte Reparaturen selbst vornehmen zu können. Bei der Auswahl gebrauchter Maschinen, Einrichtungsgegenstände u.ä. gilt es, sich mit Besonderheiten und Qualitäten früherer Baujahre auseinanderzusetzen. Tatsächlich geht die Produktentwicklung nicht einheitlich in Richtung höherer Qualität – erst kürzlich auf den Markt Gebrachtes ist nicht in jedem Fall auch besser. Bei vielen Geräten wurden im Lauf der Zeit z.B. Metallteile durch Kunststoff ersetzt, was oftmals zu Lasten der Robustheit und Langlebigkeit geht. Die ständig gesteigerte Multifunktionalität fordert ebenfalls ihren Tribut: Wenn ein Gerät immer mehr können soll, wird das Gesamtsystem anfälliger. Das von P. Nachtweh geschilderte Angebot „runderneuerter“ Dental-Einheiten lebt davon, dass bestimmte ältere Marken-Geräte über wichtige Komponenten in einer Qualität verfügten bzw. verfügen, die bei Neugeräten so nicht mehr erreicht wird. Wer durch Gebrauchtgeräte oder durch eine robuste Einrichtung sparen will, muss sich genau informieren. Nach wie vor lesenswert ist in diesem Zusammenhang eine vierteilige „Forum-Serie“ von Dr. Till Ropers aus dem Jahr 1996 über „Die technisch unabhängige Zahnarztpraxis“, die bei der Redaktion als Datei angefordert werden kann über kontakt@daz-web.de.



Blick in eine der Werkstätten: hier wird jede Einheit akribisch zerlegt.

fühlen. In welchem Rahmen wir empfangen wurden, zeigen die Fotos.

Bei einer Führung durch das Unternehmen haben wir live miterlebt, was mit einer Behandlungseinheit geschieht, die auch nach mehr als 20 Jahren Betriebszeit interessierten Zahnärzten mit Montage und Funktionsprüfung vor Ort, Garantie und der Zusage, dass alles geprüft und revidiert worden ist, zum Kauf angeboten wird. Und dies zu einem Preis, der eine Ersparnis von bis zu 60% der sonst üblichen Kosten bei einem Neukauf beträgt.

rdv Dental befasst sich nur mit hochwertigen Gebrauchtgeräten älterer Baujahre. Bei anderen, so Geschäftsführer Daniel Rode-merk, der übrigens früher im Yachtbau tätig



war und dessen Faible für Technik dem Besucher gleich in der Eingangshalle in Form eines Flugzeugs ins Auge fällt, lohne sich die viele Arbeit nicht. Denn das, was in der rdv Werkstatt geleistet wird, ist extrem arbeitsintensiv. Da werden nicht nur ein paar Teile gereinigt oder ausgetauscht. Vielmehr steht am Anfang die komplette Demontage jeder Behandlungseinheit. Nach der Grundreinigung werden alle Lager und Antriebswellen neu beschichtet, sämtliche wasserführenden Leitungen werden durch PA12-/PA11-Leitungen ersetzt. Ventile und Was-

serblöcke werden entkalkt und gegebenenfalls mittels Feinstrahlung grundlegend gereinigt. Platinen werden demontiert, gereinigt, versiegelt. Das ca. 50köpfige rdv Team besteht aus Spezialisten für bestimmte Teile



und Funktionen, die mit den zu überholenden Marken-Einheiten bestens vertraut sind und die jeweiligen Schwachstellen kennen. Jedes Gerät durchläuft die erforderlichen Prüfungen nach der Medizin-geräteverordnung. Die Firma befindet sich derzeit in einem Zertifizierungsverfahren und strebt die Zertifizierung nach den Normen ISO 9001, ISO 13485 und CE 0123 an.

Wir haben ein Ersatzteillager gesehen, das überquillt vor Schläuchen, Modulen, Schrauben und Schraubchen, mit allem, was das Herz begehrt, wenn ich an dieser Stelle die Bastler und Nostalgiker unter den Zahnärzten ansprechen darf. „Das Ersatzteil gibt es nicht mehr. Diese Einheit hat ausgedient und wird werksseitig nicht mehr beliefert.“ Dieser Spruch, den wir schon oft von unserem Dentaldepot gehört haben und der unsere Überlegungen in Richtung Neuinvestition forciert hat, wird in diesem Betrieb ad absurdum geführt.

Es werden in einer der größten Ausstellungen, die ich je gesehen habe, Behandlungseinheiten, aber auch andere große und kleine Geräte angeboten, die nicht mehr als gebrauchte Geräte zu identifizieren sind. Farben und Polster sind der heutigen Zeit angepasst. Denn auch wenn die

Funktion natürlich an erster Stelle stehen muss, geht es für den Perfektionisten Rode-merk auch um das Outfit. Die Lackier- und Polsterarbeiten werden an externe Firmen vergeben. Man bekommt das Gefühl, dass hier längst vom Markt verschwundene Behandlungseinheiten wieder auf-standen sind mit einem modernem Innenleben, so dass sie heute eigentlich wertvoller geworden sind, als sie es damals im Neuzustand waren.

Jeder Interessent ist eingeladen, sich in Pulheim über die Arbeitsabläufe zu informieren und seine Wunsch-Ausstattung vor Ort auszusuchen. Zuvor kann man sich im Internet unter www.rdv-dental.de einen ersten Eindruck von den Angeboten verschaffen und vielleicht durch eine Bestellung im rdv Web-Shop, über den auch Neuware – kleinere Geräte, Materialien und Instrumente – vertrieben wird, schon mal Kontakt zu der Firma aufnehmen.

Für mich kamen der Besuch und die Erfahrung und Erkenntnis, die ich in Pulheim gewonnen habe, leider ein paar Monate zu spät. Zum 1. Januar hatte ich bei einem Sonderangebot meines Dentaldepots zugeschlagen.

Jetzt will ich, um meinen Frust nicht noch zu steigern, lieber nicht nachrechnen, wie viel Geld ich verschenkt habe ...

Dr. Peter Nachtweh
Berlin



Auf die Pferde!

Wenn es darum geht, die pandemische Unmoral zu beklagen, in der sich Funktionäre egal welcher Couleur und Provenienz in dieser Gesellschaft zu Lasten der Leistungsträger schamlos die Taschen füllen, sind wir Zahnärzte gerne vorne dabei und nehmen kein Blatt vor den Mund. Der Blick vor die eigene Türe zeigt leider, dass wir uns keineswegs verstecken müssen.

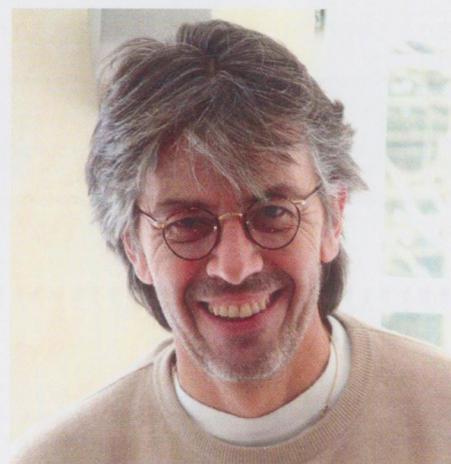
Von der zahnärztlichen Öffentlichkeit zu nächst unbemerkt – Geheimhaltung wurde versprochen aber nicht gehalten – haben sich Kollege Fedderwitz und seine beiden Stellvertreter einen respektablen Nachschlag zu ihren zuvor schon astronomisch anmutenden Gehältern genehmigt (siehe auch zm 103 vom 01.03.2013, S. 120):

Für jedes Jahr im Amte erhalten sie nach dem Ausscheiden jetzt 2 Monatsgehälter Übergangsgeld. Das macht pro Amtsjahr zusätzlich ca. 50.000,- €, also bei zwei vollen Amtsperioden á 6 Jahren bereits rund 600.000,- Euro, um den Übergang in den erlernten Beruf zu versüßen. Drei Amtszeiten machen sie zu Übergangsmillionären.

Von Managern lernen heißt Mauschneln lernen, scheinen sich unsere Spitzenfunktionäre zu sagen, und verbergen inzwischen genau wie jene die Üppigkeit ihrer Bezüge hinter Zuschlägen für ihre Alters- und Übergangsversorgung: So addieren sich zum Grundgehalt von über 250.000,-€, immerhin schon mehr als die Bundeskanzlerin verdient, sogenannte „variable Anteile“ von mehr als 50.000,- € jährlich. Hinzu kommen jährliche Zuschüsse zum Versorgungswerk von mehr als 42.000,- €. Der hochpreisige PKW, der, wenn wundert's jetzt noch, selbstverständlich auch privat genutzt werden kann, schlägt schätzungsweise mit kaum weniger als 20.000,-€/anno zu Buche. Und noch einmal rund 20.000,- € pro Jahr werden zusätzlich

als „vertragliche Sonderregelung der Versorgung (Anspruch aus Altvertrag)“ gewährt, was immer auch darunter zu verstehen ist. Da eine regelmäßig mehr als 60stündige Arbeitswoche beklagt wird, ist mit zusätzlichen nicht veröffentlichten Nebeneinnahmen zu rechnen. Alles in allem dürfte uns jeder dieser drei – schlagartig erlangt die Bezeichnung Profil – „Standesfürsten“ nahe an 500.000,- Euro per anno kosten. Das waren einmal knapp 1 Million DM. Und sind damit wahrscheinlich mehr als das Dreifache dessen, was jeder von ihnen jemals in freier Praxis erwirtschaftet hat. Bei der Bundeskammer wird sich der Tisch kaum weniger fürstlich gedeckt zeigen, wenn er denn der Öffentlichkeit endlich einmal präsentiert würde.

Gutes Geld für gute Arbeit, heißt es immer gerne, und dass es sich um gutes Geld handelt, ist nicht zu übersehen. Aber wo ist die gute Arbeit, die soviel Geld wert ist? Mit ihrer über alle Maßen kurzsichtigen, zahnersatzfixierten Verhandlung der Festzuschüsse hat die KZVB dafür gesorgt, dass die gesetzlichen Krankenkassen uns und den Patienten jährlich circa 1 Milliarde weniger für zahnmedizinische Leistungen zu Verfügung stellen müssen. Das vermaledeite Kons-Budget blieb uns erhalten, das seither nie mehr ausgefüllte ZE-Budget wurde stattdessen in völliger Verkennung wirtschaftlicher Zusammenhänge mit stolz geschwellter Brust wegverhandelt. Genau umgekehrt wäre ein ordentlicher Schuh daraus geworden. Damit hat die KZVB die Kassen auf dem Rücken der Niedergelassenen quasi im Alleingang saniert. Und die Bundeszahnärztekammer? Wir haben den BVAZ schließlich nicht aus Begeisterung über ihre tollen Leistungen gegründet, sondern vielmehr aus Verzweiflung darüber, dass ihre Spitzenfunktionäre gerade im Begriff waren, die Interessen derjenigen, die sie bezahlen, auf dem Altar ihrer Eitelkeit zu opfern.



Kritiker dieser offensichtlichen Selbstbedienungsmentalität werden mit den üblichen Totschlagargumenten überschüttet, was allerdings nur folgerichtig ist. Denn es gibt kein einziges nachvollziehbares Argument, warum die Spitzen der Bundes-KZV, die in ihrer Organisationsstruktur mehr an Kaninchenzüchter als an die „Freie Wirtschaft“ erinnert, auch nur einen einzigen Euro mehr verdienen sollten als die Kanzlerin, vom Bundespräsidenten einmal ganz zu schweigen. Zusätzlich ein repräsentativer Dienstwagen, um bei Funktionärsbällen nicht unangenehm aufzufallen? Sei's drum. Das muss es dann aber auch sein. Würden wir die Stelle zu diesen Bedingungen öffentlich ausschreiben, könnten wir uns vor geeigneten Bewerbern nicht retten. Eher sollten wir, um mit den Krankenkassen endlich auf Augenhöhe verhandeln zu können, mit unserem hart erarbeiteten Geld knallharte Manager aus der Wirtschaft zukaufen, damit endlich gute Arbeit herauskommt.

Dass mit den Bezügen unserer Spitzenfunktionäre alles in Ordnung ist, weil sie schließlich von den Delegierten abgesegnet worden sind, bleibt das einzige Gegenargument. Es ist allerdings auch das schlechteste, weil es leider tatsächlich so ist. Gleichzeitig wiederum das beste, weil die Delegierten diese Auswüchse auf ihrer nächsten Versammlung in gleicher Weise korrigieren können.

Fedderwitz, Eßer und Buchholz überziehen unerträglich. Das Fass ist übergelaufen.

**Auf die Pferde, Delegierte!
meint Dr. Dr. Rüdiger Osswald**



513 Tage GOZ¹⁾ – Land unter oder in Sicht? Auswertungen, Konsequenzen und Handlungsoptionen

von Dr. Roland Kaden

Vor ungefähr 500 Tagen wurde die älteste private Gebührenordnung Deutschlands novelliert. Trotz der dringend notwendigen Überarbeitung der in die Jahre gekommenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) war die Erwartungshaltung unter den Zahnärzten eher verhalten. Die Enttäuschungen der letzten Jahrzehnte über die verschiedensten Reformen im deutschen Gesundheitswesen bleiben nicht ohne Wirkung. Sechs Prozent Honorarvolumenzuwachs, das sind ungefähr 345 Millionen Euro an Mehrhonorar, wurden den Zahnärzten vom Verordnungsgeber versprochen. Für die Öffentlichkeit klingt das nach einem satten Aufschlag, und selbst einige Zahnärzte dachten, dass ist doch schon mal etwas.

Trotzdem kann diese Gebührenordnung keine Glücksgefühle in der Zahnärzteschaft auslösen. Zum einen stagnierte das privat Zahnärztliche Honorar seit 24 Jahren (ausgebliebene Punktwertanpassung), so dass die in Aussicht gestellte Erhöhung nicht annähernd die durch die wirtschaftliche Entwicklung erfolgten Kostensteigerungen ausgleicht. Zum anderen profitieren nicht alle Zahnärzte von den selektiven Erhöhungen. Die Politiker verlangen von uns Zahnärzten die Sicherstellung hoher Behandlungsstandards, gestehen uns aber keine adäquate Honorierung zu. Nicht einmal die Anhebung des Punktwerts auf das Niveau der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) ist ihnen unsere Arbeit wert. Belastbare Zahlen zur Einnahmenentwicklungen liegen derzeit leider noch nicht vor.

Um den Unmut der Kollegenschaft zu verstehen, ist ein kleiner Ausflug in die Geschichte der zahnärztlichen Gebührenordnungen nötig. Die 1965 in Kraft getretene

BUGO-Z wurde 1988 kostenneutral durch die GOZ88 abgelöst (also schon zu dem Zeitpunkt kein wirkliches Mehrhonorar!). In diesem neuen „System der Gebührenbemessung sollten die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat ... der Punktwert übernommen“, so damals die Begründung des Verordnungsgebers. Durch seine Untätigkeit über einen Zeitraum von 24 Jahren entstand aus Sicht der Zahnärzteschaft die dringende Notwendigkeit einer drastischen Punktwertanhebung, die der Bevölkerung – aus Sicht des Verordnungsgebers – angeblich nicht zu vermitteln gewesen wäre.

Dass im zahnärztlichen Gebührenrecht über einen derartig langen Zeitraum keinerlei Anpassungen erfolgt sind, kann doch nicht als Rechtfertigung genommen werden, die Gerechtigkeit mit Füßen zu treten!

Der Verordnungsgeber ist durch seine eigenen Reformen insofern selbst involviert, als er einerseits eine den Erfordernissen entsprechende Gebührenordnung verabschieden muss, sich aber andererseits mit dem Spardiktat der Länderfinanzminister bezüglich der Beihilfekosten auseinandersetzen muss. Kriterien für eine Orientierung an der wirtschaftlichen Entwicklung gibt es genug: So stieg zwischen 1988 und 2010 allein der Dienstleistungsindex um 71,2 Prozent.

Die Aufgabe einer privat Zahnärztlichen Gebührenordnung ist es, die einzelnen Leistungen sachgerecht zu bewerten und im Gebührenverzeichnis abzubilden. Die abgebildeten Leistungen sollen dem wissenschaftlichen Stand der Zahnmedizin entsprechen. Dabei sind nach § 15 Abs. 2 des Zahnheilkundengesetzes (ZHKG) Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Das dadurch ausgelöste Honorarvolumen ist im Gesetz ohne Belang!

Wie wird eine leistungsgerechte Bewertung festgelegt? In § 6 hat der Verordnungsgeber beschrieben, dass es um die Bewertung

nach „Art, Kosten und Zeitaufwand“ geht, also nicht ums Honorarvolumen.

Weiterhin legt das ZHKG fest, dass die Gebührenordnung den Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung tragen muss, weitere Beteiligte, deren Interessen es zu wahren gelte, werden im Gesetz nicht genannt.

Bei Novellierung der GOZ stellte sich seitens der Politik schnell heraus, dass die von den Zahnärzten entwickelte wissenschaftlich und betriebswirtschaftlich abgesicherte „Honorarordnung der Zahn-



ärzte“ (HOZ) wegen ihrer prognostizierten finanziellen Auswirkungen nicht als geeignete Basis für eine GOZ-Novelle

genutzt werden sollte. Das heißt im Klartext, eine Auseinandersetzung mit zahnmedizinisch relevanten wissenschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Fakten sollte bewusst nicht stattfinden.

Bei der Novellierung spielten ausschließlich monetäre Aspekte der Kostenerstatter eine Rolle.

Mit der GOZ 2012 haben wir Zahnärzte eine privat Zahnärztliche Gebührenordnung verordnet bekommen, die ihren Namen nicht verdient, die sozialistisches Gedankengut, vermeintliche Gerechtigkeit, Dirigismus und Bürokratie in sich vereint und im Sinn einer Massenkorrumpion des modernen Versorgungsstaats ihren Nutznie-

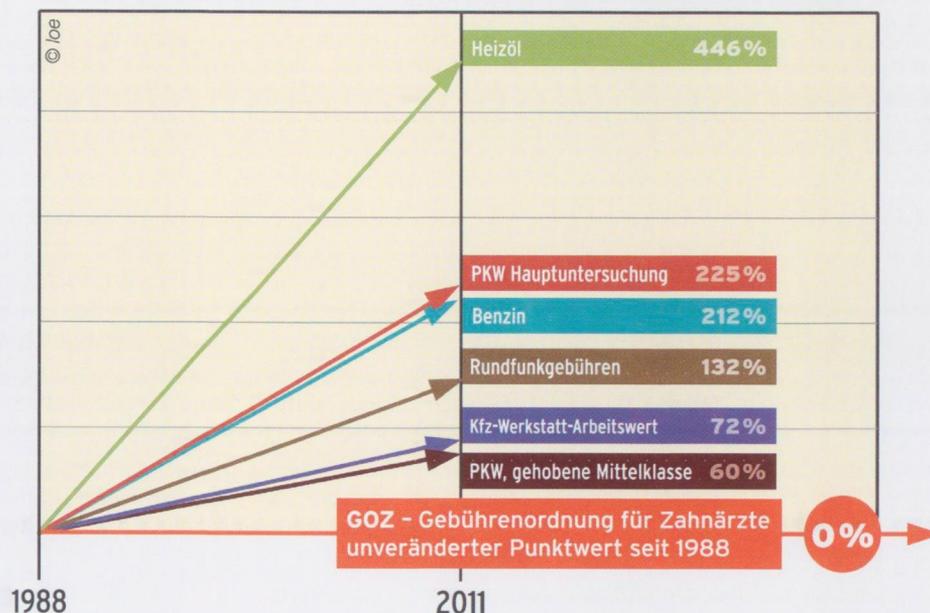
Bern Geschenke auf unsere Kosten macht. So wurde eine an den klammen Kassen – vornehmlich der öffentlichen Hand/Beihilfestellen – orientierte, zur Erstattungsordnung degradierte Gebührenordnung geschaffen. Statt die resultierenden Gebühren an der wissenschaftlichen Beschreibung der Zahnheilkunde und betriebswirtschaftlichen Erfordernissen zu orientieren, kommt es durch die vom Verordnungsgeber vorgenommene selektive Honoraranhebung einiger weniger Leistungen zur Derelationierung der einzelnen Leistungen und sogar zur Honorierung etlicher Leistungen unterhalb des Honorarniveaus des vertragszahnärztlichen Bereichs: Vergleichbare BEMA-Leistungen sind wegen der über die Jahrzehnte, wenn auch in kleinen Schritten, kontinuierlich erfolgten Honorarerhöhungen vielfach höher bewertet als die entsprechenden GOZ-Leistungen, wenn man letztere beispielsweise mit 3,5-fachem Steigerungsfaktor ansetzt.

Anfang 2012 schrieb der deutsche Gesundheitsminister Bahr, dass alle Ärzte verlässliche Rahmenbedingungen für ihre Arbeit bräuchten und deshalb die GOZ an den neuesten Stand der Zahnmedizin angepasst worden sei, um Versicherten und Zahnärzten eine verlässliche Grundlage zu geben.

Aus solchen Äußerungen und den oben geschilderten Kompromissen bei Novellierung der GOZ resultieren die Probleme, die wir Zahnärzte zurzeit mit Erstatteinstellen haben. Die GOZ 88 war mehr oder weniger ausgeurteilt, mit der GOZ 2012 treten einzelne Konfliktpunkte erneut auf, andere entwickeln sich neu. Ursächlich dafür ist die schon vorgeschilderte unzureichende Beachtung der Aufgaben einer GOZ. Die Interpretationsmöglichkeiten schaffen Arbeit ...!

Beispielsweise schreibt die Hallesche-Nationale Krankenversicherung ihren Versicherten, dass der Basispreis einzelner Leistungen um bis zu 100 % angehoben wurde. Da muss ich was verpasst haben! Der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) teilt seinen Mitgliedern mit, dass es das Ziel der Novellierung gewesen sei, „die Lücken im Gebührenkatalog zu schließen und das Gebührenverzeichnis auf den aktuellen Stand zu bringen. Umso überraschender ist es, dass schon zum Start der neuen GOZ zahlreiche analog berechnete Gebührenpositionen in den Rechnungen bzw. Heil- und Kostenplänen zu finden sind. Kann es gleich nach Inkrafttreten einer neuen GOZ schon so viel

Preisentwicklung (ausgewählt) von 1988 bis 2011



Neues geben oder gibt es vielmehr ein Problem im Umgang mit der GOZ?"

Prophylaxeleistungen, aber auch adhäsive Leistungen, werden auch mit der GOZ 2012 weiterhin – allein aus betriebswirtschaftlicher Sicht – nur unzureichend honoriert. Sieht so eine moderne Gebührenordnung aus?

Durch den misslichen Begriff der obsoleten Leistungen werden einzelne in der GOZ nicht mehr aufgeführte, aber zahnmedizinisch notwendige Leistungen mit genau dieser Begründung nicht mehr erstattet, dass es sich um nicht mehr zeitgemäße Leistungen handeln würde.

Wer stellt die zahnmedizinische Notwendigkeit fest? Das ist unmissverständlich in §1 Abs. 2 der GOZ geregelt: Dort steht, dass der Zahnarzt nur Vergütungen für Leistungen, die zahnmedizinisch notwendig sind, berechnen darf. Die zahnmedizinische Notwendigkeit regelt also nicht eine Erstattungsstelle oder deren Sachbearbeiter anhand eines Katalogs, sondern nur der Zahnarzt kann die medizinische Notwendigkeit einer Leistung festlegen, und der Patient entscheidet sich für ein bestimmtes Versorgungsniveau. „Eine privat(zahn)ärztliche Leistung verändert ihren Wert nicht, weil der Patient beihilfeberechtigter oder privat krankenversichert ist!“, stellt Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Rechtsanwalt aus Sindelfingen, fest.

Wir Zahnärzte sind ein freier Beruf. Das ist auch von Seiten der Politik deutlich und weiterhin so gewünscht. Diese politisch motivierte Erstattungsordnung GOZ 2012

zeugt von wenig Respekt und Achtung gegenüber unserem Beruf. Die GOZ 2012 wird den im ZHKG an eine private Gebührenordnung gestellten Ansprüchen und Anforderungen nicht gerecht.

Auf die bis dato bereits entstandenen Erstattungsprobleme und auf mögliche und notwendige Handlungsoptionen wird in der nächsten Ausgabe des Forum für Zahnheilkunde detailliert eingegangen.

Dr. Roland Kaden, Heide
Vizepräsident des BVAZ

¹⁾Angabe sind die Tage seit Inkrafttreten der GOZ vom 1. Januar 2012 bis zur Druckfreigabe der aktuell vorliegenden Ausgabe des Forums für Zahnheilkunde

GOZ-App „to go“

Der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) hat eine kostenlose Applikation iGOZ (und iGOÄ) für iPhone und iPad entwickelt. iGOZ macht die Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ einschl. des Kommentars der Bundeszahnärztekammer mobil und ist so ein umfassendes Recherchewerkzeug für Zahnärzte, Kieferorthopäden sowie Mund-, Kiefer- und Gesichts- bzw. Oralchirurgen. iGOZ ermöglicht per Volltextsuche die Recherche nach GOZ-Leistungen. Angezeigt werden die Leistungsbeschreibung, der hinterlegte Punktwert sowie die Bewertung der Leistungen in Euro in den Standardsteigerungssätzen. Die Internetseite www.pvs.de/igoz-app führt direkt auf die Downloadmöglichkeit im Appstore. Eine Android-Version der App ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich ab dem Frühsommer verfügbar sein. Quelle: PVS



Die Bürgerversicherung: Problemlösung oder Problemfall – eine kritische Betrachtung

von Dr. Michael Loewener

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem trotz aller Verbesserungsmöglichkeiten unstrittig zu den Besten der Welt zählt, ergibt sich durch Demografie und medizinischen Fortschritt und politische Standortänderung ständiger Anpassungsbedarf. Dabei bilden alle Spielarten um eine Bürgerversicherung die radikalste Abkehr vom bisherigen zweigliedrigen Krankenversicherungssystem. Ohne Zweifel werden die Argumente rund um die Einführung einer Bürgerversicherung den kommenden Wahlkampf maßgeblich prägen, ohne dass weder die Bürger, noch die überwiegende Mehrheit der politischen Entscheider in der Lage wären, das ganze Ausmaß dieses Systemwechsels zu erfassen oder gar in den Auswirkungen werten zu können. Zu sehr punkten Begriffe wie „solidarisch“ und „gerecht“ in der öffentlichen Wahrnehmung. Die politischen Parteien haben sich mit ihren Bundestagswahlprogrammen bereits weitgehend positioniert. Ob dabei die Argumentationstiefe unter Beachtung realer gesellschaftspolitischer Entwicklungen und unter Berücksichtigung volkswirtschaftlicher und rechtlicher Vernetzung ausreicht, bleibt vielfach fraglich.

Die Grundidee einer Bürgerversicherung liegt darin, alle Bürger mit allen Einkommensarten (ggf. bis zu einer erhöhten Beitragsbemessungsgrenze) in die Finanzierung einer einheitlichen und „gerechten“ Gesundheitsversorgung einzubeziehen, also die Einnahmeseite zu verbessern. Allen Bürgern soll gleichermaßen Zugang zu hochwertiger Medizin ohne Wartezeiten und ohne Leistungskürzungen ermöglicht und dadurch eine Zwei-Klassen-Medizin verhindert werden.

Wobei der Frage nachgegangen werden muss, ob und ggf. in welchem Ausmaß das bisherige zweigliedrige Gesundheitssystem unter dem Strich „ungerecht“ ist. SPD, GRÜNE und LINKE sind sich in der Einführung einer Bürgerversicherung, wenn auch unterschiedlicher Ausprägung, einig. Als Bewahrer des bisherigen zweigliedrigen Systems gelten vor allem die FDP und die CDU/CSU, wenngleich bei deren gesundheitspolitischem Sprecher Jens Spahn gelegentlich Ambivalenzen anklingen, wenn er sinniert, dass die Trennung privater und gesetzlicher Kassen „nicht mehr zeitgemäß“ sei.

Klassenmedizin – eine Frage der Umverteilung?

So wohlklingend die Grundidee einer klassenlosen Bürgerversicherung auch sein mag, so lebensfern ist alleine die Vorstellung von der Ausmerzungen einer Zwei-Drei- oder Multi-Klassenmedizin. Ebenso lebensfern, wie die Vorstellung, eine „Zweiklassenernährung“ durch das „gerechte“ Verkaufsverbot für gesunde, aber teure Bio-Produkte verhindern zu wollen. Auch die Abschaffung der ersten Klasse für Bahnreisende würde nicht automatisch zu breiterem Fauteuil für Passagiere in der zweiten und zu mehr Freude beim Personal führen – irgendwie „scheingerecht“ aber unzweckmäßig für das System. Gerechtes Verhalten auf Verteilungsgerechtigkeit

zu begrenzen und parallel dazu das Recht auf freie Entfaltung zu beschneiden, trifft nicht den Kern des seit Jahrtausenden kontrovers diskutierten Gerechtigkeitsbegriffs. „Die schlimmste Art der Ungerechtigkeit ist die vorgespielte Gerechtigkeit“, wusste schon Platon um 400 v. Chr. Gerechtigkeit bedeutet nichts anderes als die Tugend, die das Recht eines jeden Menschen achtet und zugleich jedem das seine gewährt. Bezüglich der Bürgerversicherung muss die Frage lauten, ob durch den Verzicht des einen das Wohl eines anderen, nämlich des Schwächeren, zu verbessern ist, so wie es grundsätzlich im Steuersystem der Fall ist. Im Gefecht der Schlagworte kommt diese Betrachtung gegenwärtig zu kurz.

Bürgerversicherung: Rechnen lohnt sich

Befragungen zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung und große Teile der Ärzteschaft (zumindest der nicht freiberuflich tätigen) dem ebenso hehren wie theoretischen Ziel einer Bürgerversicherung aufgeschlossen gegenüberstehen, obwohl nach einer Allensbach-Umfrage 82 % der Bevölkerung das gegenwärtige Gesundheitssystem mit gut bis sehr gut beurteilen. Wie so oft steckt die Tücke im Detail – in der Umsetzung unter Beachtung gewachsener Strukturen, materieller Ansprüche und rechtsstaatlicher Normen. Und nicht zuletzt in einer ideologiefreien wirtschaftlichen System-Analyse. Darin liegt jedoch der Sprengstoff, den kein noch so wohlklingendes Parteiprogramm unbeachtet lassen darf, wenn es nicht ein bloßes populistisches Pamphlet sein soll.

PKV: Meuchelmord oder Suizid

Generelles Angriffsziel der „Bürgerversicherer“ ist die Private Krankenversicherung mit ihren rund 9 Mio. Versicherten – Inbegriff der Zwei-Klassen-Medizin und der Besserstellung der „unsolidarischen“ Vermögenden. Aber unter Zuhilfenahme eines Rechenschiebers könnte sich bei der Egalisation der Versicherungssysteme schnell Ernüchterung einstellen, obwohl die Einverleibung der Altersrückstellungen der PKV in Höhe von rund 170 Mrd. Euro zunächst Begehrlichkeiten weckt. Angesichts der Aufwendungen der GKV in Höhe von rund 183 Mrd. Euro pro Jahr würde der Zugriff auf das Ersparte der PKV-Versicherten einmal kräftig Feuer unter den Kessel bringen – ein Strohfeder; denn auf lange Sicht würde das System defizitär und weiter auf jährliche Steuerzuschüsse in Höhe von (derzeit) rund 14 Mrd. Euro angewiesen bleiben. In erster Linie dienen die Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds als Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen und davon an erster Stelle für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Die Auslöschung der PKV würde zu Mehrkosten führen; denn im Gegensatz zur GKV zahlen Mitglieder der PKV für jedes einzelne Mitglied einen versicherungsmathematisch kalkulierten und vor allem nicht staatlich subventionierten Beitrag. Mit anderen Worten: Mit der Einführung einer Scheingerechtigkeit würde sich das Defizit eines Teils des Beitragsaufkommens eher erhöhen. Insofern steht dem warmen Regen einer verbreiterten Einnahmen-Basis oder gar der entweihnungsgleichen Einverleibung der Altersrückstellungen der PKV der kalte Schauer dauerhaft vermehrter Ausgaben gegenüber.

Unsolidarischer Club der Besserverdiener?

SPD, GRÜNE und LINKE wollen alle Bürger, auch Gutverdienende, Selbständige und Beamte, in die Einheits-Krankenversicherung einbeziehen. Gerne wird dabei übersehen, dass nicht nur „Besserverdienende“ in der PKV versichert sind, sondern die Versichertenbasis zu etwa 23 % aus Nichterwerbstätigen besteht. Rund 25 % der Privatversicherten sind Beamte und 25 % Pensionäre und Rentner. Nur knapp 16 % sind selbständig und freiberuflich tätig. Und insgesamt lagen 2008 nur etwa 20 % mit ihrem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Allein diese Zahlen entzaubern den Gerechtigkeitsnimbus der Bürgerversicherung und deren Hoffnung auf eine Verbreiterung der Einnahmen-Basis.

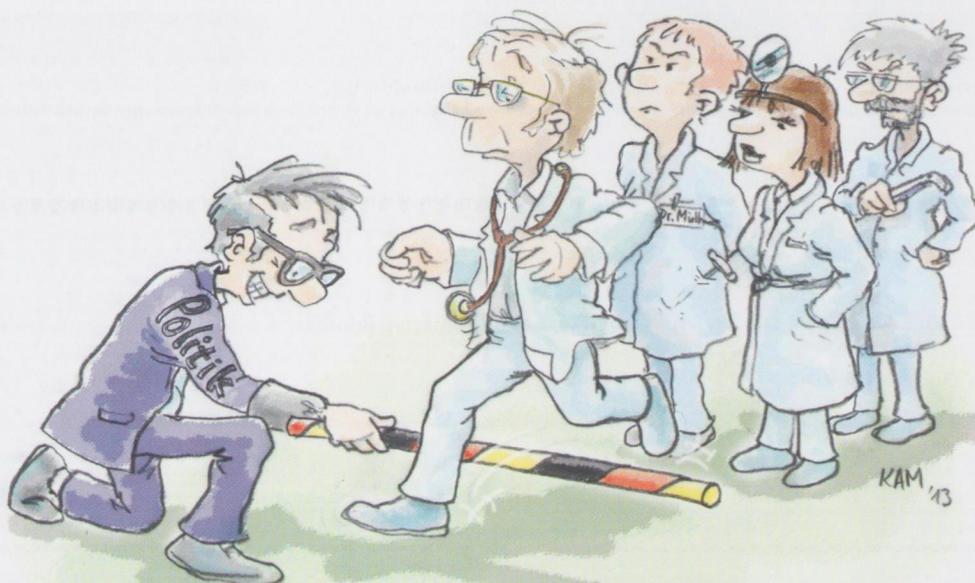
Zu allem Überfluss ist die PKV nach Kräften mit der eigenen Entleerung beschäftigt, indem sie einen Tarifschub vorhält, der Junge mit niedrigen Beiträgen ködert, während Rentenbezieher, die oftmals ein Viertel ihrer Altersrente als Beitrag leisten, mit voller Wucht getroffen werden. Viele sind damit überfordert und würden das Wechselangebot zur GKV, so wie sie das SPD-Papier für ein Jahr vorsieht, aufgreifen. Das „Wissenschaftliche Institut der AOK“ hat in einer Umfrage festgestellt, dass fast jeder dritte privatversicherte Rentner aufgrund der steigenden Beitragsentwicklung in den Jahren 2011 und 2012 in einen Tarif mit geringerem Leistungsanspruch gewechselt sei. Während die SPD und Grüne der PKV ein langsames Ausbluten durch Mitgliederentzug verordnen, haben die Linken den fast gnädigen Tod durch sofortige Abschaffung als Vollversicherung und alleinige Beschränkung auf Zusatzversicherung im Angebot (Cave: Zwei-Klassen-Medizin!).

Einheitliche Gebührenordnung – Ausgleichszahlungen als Feigenblatt ?

Die „Bürgerversicherer“ haben nach dem Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ eine einheitliche und „gerechte“ Gebührenordnung im Programm. Bisher zahlen die 11 % Privatversicherten durch die meist (nicht immer) höher bewerteten Gebührenordnungen fast ein Viertel der Arzthonorare (rund 10 Mrd. €/Jahr). Dass durch diese Mehrzahlungen der Privatversicherten Innovation bei Geräten und Behandlungsmethoden finanziert werden, die letztlich allen Versichertenkreisen zugute kommen, fasst der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Montgomery zusammen: „Gäbe es die PKV nicht, hätten wir schon heute eine innovations- u. wettbewerbsfreie Zone für die GKV und einen sehr viel schlankeren Leistungskatalog“. Selbst die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen und Befürworterin der Bürgerversicherung, Doris Pfeiffer, sieht die Gefahr: „In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Die Auflösung der PKV würde für Vertragsärzte Honorarverluste bis zu 6 Mrd. Euro pro Jahr bedeuten. Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem hat diese Problematik im Auftrag der Techniker

Krankenkasse untersucht und kommt zu dem vom Auftraggeber eher ungeliebten Ergebnis, dass für den Fall einer Einheitshonorierung der Honorarausfall schon in diesem Jahr etwa 4,6 Mrd. und im Jahr 2030 fast 6 Mrd. betragen würde. Für die vollständige Kompensation wäre ein Zuschlagfaktor von 13,7 im laufenden Jahr und von 17 % im Jahr 2030 notwendig. Alleine dieses Szenario relativiert das Einsparversprechen der Bürgerversicherer deutlich. Allerdings darf bezweifelt werden, dass sich Krankenkassen oder Gesetzgeber ernsthaft mit Ausgleichszahlungen für Arzthonorare beschäftigen würden. Eine der vielen von Pseudobesorgnis



Damit machen wir das System zukunftssicher.

geprägten „kleinen Anfragen“ der LINKEN an die Bundesregierung lässt die Zielrichtung erahnen:

„Ist nach Einschätzung der Bundesregierung durch die Abrechnungen von Leistungen nach dem BEMA ein ausreichendes Einkommen für die Zahnärztinnen und Zahnärzte zu erzielen oder sind diese zum Erhalt ihrer Praxis auf die Abrechnung zusätzlicher, privater Leistungen angewiesen (bitte begründen).“

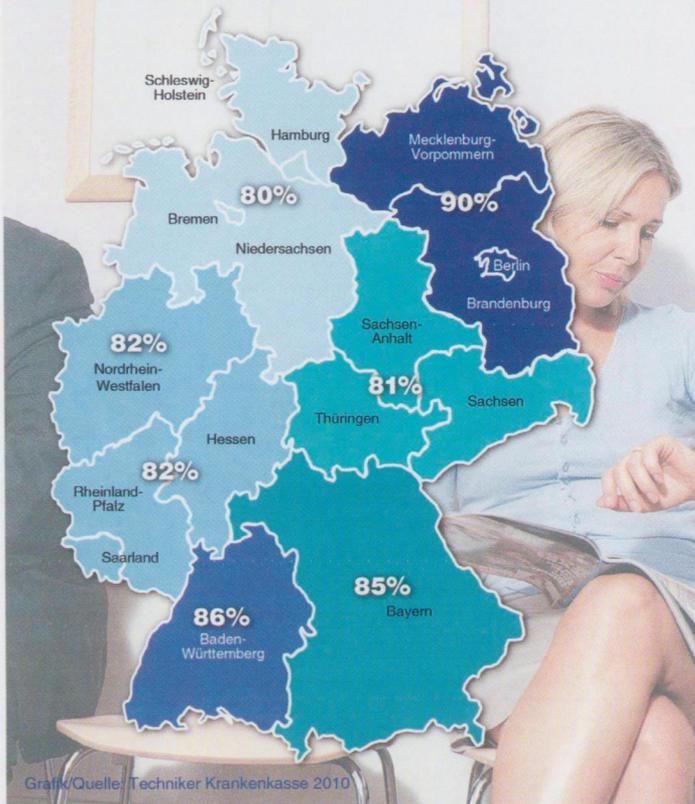
Noch ganz druckfrisch ist jetzt ein 24seitiges Papier der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung im Umlauf. Darin machen sich namhafte Verfechter der Bürgerversicherung wie Franz Knieps, der schon unter Ulla Schmidt an maßgeblicher Stelle gearbeitet hat, detaillierte Gedanken zu Wettbewerb, Sicherstellung und Honorarvereinheitlichung. Die Autoren beklagen eine Ungerechtigkeit in der Honorarverteilung mit der Folge der Bevorzugung Privatversicherter und leiten daraus u. a. die Forderung einer Einheitshonorierung ab. Durch verklausulierte und komplexe Knebelungsmechanismen werden in dem Papier „wettbewerbliche Versorgungsformen“ im Rahmen von Selektivverträgen mit verbindlichen Vereinbarungen über Qualitätsstandards, Sanktionen bei deren Nichteinhaltung und deren Evaluierung gefordert. Basis der Vergütungsordnung sollen morbiditätsbasierte Pauschalen, kombiniert mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und qualitätsbezogenen Vergütungsanteilen (Pay for Performance) sein. „Länderüberwachung mit Durchgriffsrechten“ sollen dem „arztzentrierten“ System durch den „effektiven Einsatz qualifizierter Gesundheitsberufe“ zu Leibe rücken. Schließlich wird die Bildung eines neuen In-

stituts zur Implementierung eines neuen Vergütungssystems angeregt. Alles in allem strotzt das Papier nur so von zusätzlicher und tief greifender Regelungsdichte bei gleichzeitiger Zurück-

Warten auf den Arzt

Die Mehrheit der Patienten ist mit der Zeit im Wartezimmer zufrieden – regionale Unterschiede

Zufriedene Patienten in Prozent



drängung ärztlicher Einflussnahme bis zur Rodung der Einzelpraxis. Es wird das Bild eines durch und durch staatlichen Gesundheitssystems entworfen, in dem Ärzten bestenfalls die Funktion des Erfüllungsgehilfen zugewiesen wird, während sie als freiberufliche und eigenverantwortliche Verhandlungspartner praktisch nicht wahrgenommen werden. Immerhin ist in dem Papier auch von Ausgleichszahlungen die Rede. Papier ist geduldig!

SPD: „Die Gesundheitspolitik orientiert sich an den „Patientinnen und Patienten, nicht an Interessengruppen im Gesundheitswesen“

Was nach Klassenkampf-Reminiszenz klingt, lässt nichts Gutes ahnen. Sinkenden Honoraren für Ärzte und Zahnärzte stehen die bürgerversichernden Politikbetreiber in der Regel gleichgültig bis wohlwollend gegenüber. Anders könnte es aussehen, wenn Arbeitsplätze gefährdet sind. Eine von der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bei der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebene Studie hat brisante Zahlen ergeben. Danach würde die Überführung der PKV in eine Bürgerversicherung die Vernichtung von bis zu 100.000 Arbeitsplätzen zur Folge haben, und bereits der sofortige Stopp des Neugeschäftes würde 25.000 Arbeitsplätze eliminieren. Und die Zerstörung der Erwerbsmöglichkeit für bis zu 50.000 selbständige Vermittlungsunternehmen steht ebenso zu befürchten. Selbst wenn die Zahlen einer überzogenen Darstellung entspringen sollten, werden doch erhebliche Verwerfungen auf dem Arbeitsmarkt deutlich.

Wunschdenken: Bessere Medizin bei Senkung des Beitragssatzes

Besonders einfach machte es sich DIE LINKE mit der Pauschalforderung in ihrem 86seitigen Wahlprogramm: „Ein gutes Gesundheitssystem muss sämtliche medizinisch erforderlichen Leistungen finanziell absichern“. Dazu soll der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen ausgebaut und alle Zuzahlungen sollen abgeschafft werden. Das klingt ein wenig nach „Freibier für alle“. Die Private Krankenversicherung als Vollversicherung soll abgeschafft werden, ohne dass sich das rote Parteiprogramm mit deren Abwicklung oder der Umfirmierung aller Beihilferechtigen (Beamten) oder gar mit grundgesetzlichen Bedenken aufhalten würde. Die PKV wird nach linken Vorstellungen auf Zusatzversicherungen beschränkt, und es fällt den Genossen nicht auf, dass ein privat finanziertes Angebot an Zusatzleistungen einen erneuten Zugang zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ eröffnen würde. Zudem frohlocken sie:

„Durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger und aller Einkommensarten reduziert sich der zu leistende Beitragssatz nach Modellrechnungen von 15,5% auf 10,5%“, ohne das Rechenkunststück näher zu erläutern.

Systemänderung nicht ohne Augenmaß

Die Betrachtung der Ausgangslage darf bei allen Änderungswünschen nicht aus dem Auge verloren werden. Es wäre weder im Sinn der Patienten/Bürger dieses Landes, noch im Interesse der Ärzte, ein gewachsenes und im europäischen Vergleich hervorragendes System zu schleifen, um unter dem Deckmantel gerechteren Handelns Freiräume für ein Polit-Experiment zu schaffen, bei dem kaum ein Stein auf dem anderen bliebe. Die ideologische Betrachtung übersieht gerne, dass sich Privatversicherte nicht einem System entziehen, sondern ein defizitäres System durch Eigenverantwortung entlasten und den Praxen zudem den notwendigen betriebswirtschaftlichen Rahmen sichern! Durch Einbeziehung in das GKV-System kann das Defizit folgerichtig nicht geringer werden. Beispiel Wartezeit: Während die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt in Großbritannien rund 18 Wochen beträgt und in den Niederlanden sogar bis zu 6 Monate betragen kann, ist sie in Deutschland trotz der Zweigliedrigkeit wesentlich kürzer, wobei (hier wie dort) in dringenden Fällen jeder Patient sofort behandelt wird. Auch in Italien, das ein funktionierendes staatliches Gesundheitssystem besitzt, sieht es mit Wartezeiten schlecht aus. Dort findet das Äquivalent kürzerer Wartezeiten und intensiverer Diagnostik oft ungeniert den direkten Weg in die Schreibtischschublade. Diese Art „Ungerechtigkeit“ ist in unserem System bisher unbekannt.

Natürlich ist es nicht damit getan, die Bürgerversicherung zu geißeln, und einfaches Abwinken ist auch nicht hilfreich. Es muss gelten, die offenkundigen Fehlentwicklungen zu benennen und zu korrigieren – auch und insbesondere durch die Heilberufe selbst –, ohne das „Kind mit dem Bade auszuschütten“. Ehrliches Bestreben auf allen Seiten kann dabei nicht schaden.

Gegenwärtig drängt sich bei dem Geschehen um die Bürgerversicherung die Analogie zu einem Werbespot auf, in dem mit einem bekannten Tablet-Computer auf eine Fliege auf dem Tisch eingedroschen wird. Immerhin, die Fliege hat man erwischt ...!

Dr. Michael Loewener
Wedemark

Neue Bema-Positionen zur aufsuchenden Betreuung

Seit dem 1. April 2013 gelten neue Bema-Positionen zur aufsuchenden Betreuung, die nach Einschätzung der KZBV „ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem umfassenden zahnmedizinischen Versorgungskonzept für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung“ sind.

Konkret gibt es eine neue BEMA-Nummer (171) mit zwei Zuschlagspositionen: Die **Nummer 171 a** beschreibt den Zuschlag für die aufsuchende Betreuung (35 Punkte). Die **Nummer 171 b** ist anzusetzen, wenn in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung ein weiterer Patient aufgesucht wird (30 Punkte).

Diese Leistungen sind neben den Besuchsgebühren der BEMA-Nummern **151 bis 153** einschließlich der Zuschläge nach den BEMA-Nummern **161, 162 und 165** sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung, also zusätzlich, abrechenbar.

Natürlich fehlt auch die bürokratische Komponente nicht, denn die BEMA-Bestimmungen verlangen, dass

- die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nummer 171 vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren ist. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
- die Notwendigkeit des Aufsuchens, bspw. bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, zu dokumentieren ist.

Das heißt, der Zahnarzt muss einen Nachweis erbringen, dass der Patient, den er besucht hat, tatsächlich ein Pflegefall gewesen ist. Wer selbst regelmäßig Pflegeeinrichtungen besucht, weiß, wie häufig es schwierig bis unmöglich ist, dort zeitnah jemanden zu finden, der „zuständig“ und „befugt“ ist, ein bestimmtes Formular o.ä. auszufertigen und zu unterschreiben.

Die **Wegegelder** bzw. **Reiseentschädigungen** wurden zum 1. April 2013 ebenfalls

etwas erhöht (GOZ-Niveau), halten aber immer noch keinem Vergleich mit den Beträgen stand, die beispielsweise ein Schlüsseldienst für das Erscheinen bei Nacht üblicherweise berechnet.

Nach wie vor gilt aber, dass beim Besuch mehrerer Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und anteilig berechnet werden darf.

Im Zusammenhang mit der aufsuchenden Betreuung seien die entsprechenden **Veröffentlichungen** der Bundeszahnärztekammer empfohlen - Ratgeber, Leitfaden, Handbücher, Patienten-Infos, die kostenlos heruntergeladen werden können unter

<http://www.bzaek.de/berufsstand/praevention-und-gesundheitsfoerderung/alters-und-behindertenzahnheilkunde.html>

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal

Spendenaufruf für die Aktion „Stoppt-die-e-Card“

Die elektronische Gesundheitskarte ist eine Gefahr für die ärztliche Schweigepflicht und für eine gute medizinische Versorgung. Hier werden Milliarden für ein industriegetriebenes Projekt ausgegeben, das nicht den Bedürfnissen der Patienten gerecht wird. Der Deutsche Ärztetag hat auch 2012 das Gesamtprojekt entschieden abgelehnt. Seit 2007 gibt es die bundesweite Bürgerinitiative „Stoppt-die-e-Card“, die sich zum Ziel gesetzt hat, über die gesundheitsgefährdenden Folgen einer zentralen Speicherung von Krankheitsdaten aufzuklären.

Wir brauchen Ihre finanzielle Unterstützung, um die kritische Aufklärung, z. B. durch Veranstaltungen und Informationsmaterialien etc., weiterführen zu können.

Wir bitten deshalb um Spenden auf das Konto der IPPNW
Kontonummer: 22-22210
BLZ 100 205 00 der Bank für Sozialwirtschaft Berlin
unter dem Stichwort „Stoppt-die-e-Card“.

Ihre Spenden sind steuerlich absetzbar.

Mit herzlichen Grüßen
Dr. Silke Lüder, Dr. Manfred Lotze
Hamburg, Sprecher der Aktion „Stoppt-die-e-Card“, IPPNW HH

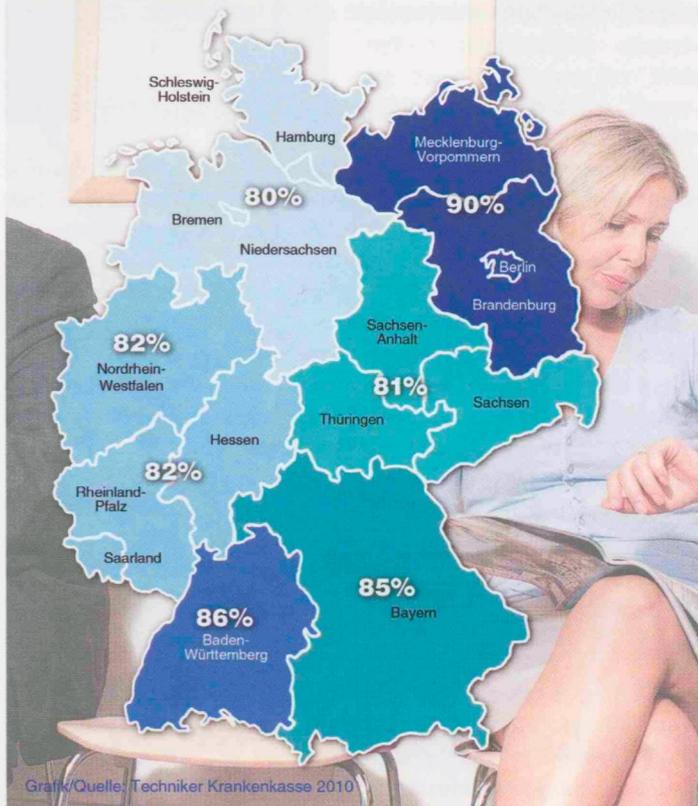


stituts zur Implementierung eines neuen Vergütungssystems angeregt. Alles in allem strotzt das Papier nur so von zusätzlicher und tief greifender Regelungsdichte bei gleichzeitiger Zurück-

Warten auf den Arzt

Die Mehrheit der Patienten ist mit der Zeit im Wartezimmer zufrieden – regionale Unterschiede

Zufriedene Patienten in Prozent



drängung ärztlicher Einflussnahme bis zur Rodung der Einzelpraxis. Es wird das Bild eines durch und durch staatlichen Gesundheitssystems entworfen, in dem Ärzten bestenfalls die Funktion des Erfüllungsgehilfen zugewiesen wird, während sie als freiberufliche und eigenverantwortliche Verhandlungspartner praktisch nicht wahrgenommen werden. Immerhin ist in dem Papier auch von Ausgleichszahlungen die Rede. Papier ist geduldig!

SPD: „Die Gesundheitspolitik orientiert sich an den „Patientinnen und Patienten, nicht an Interessengruppen im Gesundheitswesen“

Was nach Klassenkampf-Reminiszenz klingt, lässt nichts Gutes ahnen. Sinkenden Honoraren für Ärzte und Zahnärzte stehen die bürgerversichernden Politikbetreiber in der Regel gleichgültig bis wohlwollend gegenüber. Anders könnte es aussehen, wenn Arbeitsplätze gefährdet sind. Eine von der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bei der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebene Studie hat brisante Zahlen ergeben. Danach würde die Überführung der PKV in eine Bürgerversicherung die Vernichtung von bis zu 100.000 Arbeitsplätzen zur Folge haben, und bereits der sofortige Stopp des Neugeschäftes würde 25.000 Arbeitsplätze eliminieren. Und die Zerstörung der Erwerbsmöglichkeit für bis zu 50.000 selbständige Vermittlungsunternehmen steht ebenso zu befürchten. Selbst wenn die Zahlen einer überzogenen Darstellung entspringen sollten, werden doch erhebliche Verwerfungen auf dem Arbeitsmarkt deutlich.

Wunschdenken: Bessere Medizin bei Senkung des Beitragssatzes

Besonders einfach machte es sich DIE LINKE mit der Pauschalforderung in ihrem 86seitigen Wahlprogramm: „Ein gutes Gesundheitssystem muss sämtliche medizinisch erforderlichen Leistungen finanziell absichern“. Dazu soll der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen ausgebaut und alle Zuzahlungen sollen abgeschafft werden. Das klingt ein wenig nach „Freibier für alle“. Die Private Krankenversicherung als Vollversicherung soll abgeschafft werden, ohne dass sich das rote Parteiprogramm mit deren Abwicklung oder der Umfirmierung aller Beihilfeberechtigten (Beamten) oder gar mit grundgesetzlichen Bedenken aufhalten würde. Die PKV wird nach linken Vorstellungen auf Zusatzversicherungen beschränkt, und es fällt den Genossen nicht auf, dass ein privat finanziertes Angebot an Zusatzleistungen einen erneuten Zugang zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ eröffnen würde. Zudem frohlocken sie:

„Durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger und aller Einkommensarten reduziert sich der zu leistende Beitragssatz nach Modellrechnungen von 15,5% auf 10,5%“, ohne das Rechenkunststück näher zu erläutern.

Systemänderung nicht ohne Augenmaß

Die Betrachtung der Ausgangslage darf bei allen Änderungswünschen nicht aus dem Auge verloren werden. Es wäre weder im Sinn der Patienten/Bürger dieses Landes, noch im Interesse der Ärzte, ein gewachsenes und im europäischen Vergleich hervorragendes System zu schleifen, um unter dem Deckmantel gerechteren Handelns Freiräume für ein Polit-Experiment zu schaffen, bei dem kaum ein Stein auf dem anderen bliebe. Die ideologische Betrachtung übersieht gerne, dass sich Privatversicherte nicht einem System entziehen, sondern ein defizitäres System durch Eigenverantwortung entlasten und den Praxen zudem den notwendigen betriebswirtschaftlichen Rahmen sichern! Durch Einbeziehung in das GKV-System kann das Defizit folgerichtig nicht geringer werden. Beispiel Wartezeit: Während die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt in Großbritannien rund 18 Wochen beträgt und in den Niederlanden sogar bis zu 6 Monate betragen kann, ist sie in Deutschland trotz der Zweigliedrigkeit wesentlich kürzer, wobei (hier wie dort) in dringenden Fällen jeder Patient sofort behandelt wird. Auch in Italien, das ein funktionierendes staatliches Gesundheitssystem besitzt, sieht es mit Wartezeiten schlecht aus. Dort findet das Äquivalent kürzerer Wartezeiten und intensiverer Diagnostik oft ungeniert den direkten Weg in die Schreibtischschublade. Diese Art „Ungerechtigkeit“ ist in unserem System bisher unbekannt.

Natürlich ist es nicht damit getan, die Bürgerversicherung zu geißeln, und einfaches Abwinken ist auch nicht hilfreich. Es muss gelten, die offenkundigen Fehlentwicklungen zu benennen und zu korrigieren – auch und insbesondere durch die Heilberufe selbst –, ohne das „Kind mit dem Bade auszuschütten“. Ehrliches Bestreben auf allen Seiten kann dabei nicht schaden.

Gegenwärtig drängt sich bei dem Geschehen um die Bürgerversicherung die Analogie zu einem Werbespot auf, in dem mit einem bekannten Tablet-Computer auf eine Fliege auf dem Tisch eingedroschen wird. Immerhin, die Fliege hat man erwischt ...!

Dr. Michael Loewener
Wedemark

Neue Bema-Positionen zur aufsuchenden Betreuung

Seit dem 1. April 2013 gelten neue Bema-Positionen zur aufsuchenden Betreuung, die nach Einschätzung der KZBV „ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem umfassenden zahnmedizinischen Versorgungskonzept für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung“ sind.

Konkret gibt es eine neue BEMA-Nummer (171) mit zwei Zuschlagspositionen: Die **Nummer 171 a** beschreibt den Zuschlag für die aufsuchende Betreuung (35 Punkte). Die **Nummer 171 b** ist anzusetzen, wenn in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung ein weiterer Patient aufgesucht wird (30 Punkte).

Diese Leistungen sind neben den Besuchsgebühren der BEMA-Nummern **151 bis 153** einschließlich der Zuschläge nach den BEMA-Nummern **161, 162 und 165** sowie dem Wegegeld und der Reiseentschädigung, also zusätzlich, abrechenbar.

Natürlich fehlt auch die bürokratische Komponente nicht, denn die BEMA-Bestimmungen verlangen, dass

- die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nummer 171 vom Zahnarzt ggf. anhand des Bescheides der Pflegekasse oder des Bescheides über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in der Patientenakte zu dokumentieren ist. Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
- die Notwendigkeit des Aufsuchens, bspw. bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, zu dokumentieren ist.

Das heißt, der Zahnarzt muss einen Nachweis erbringen, dass der Patient, den er besucht hat, tatsächlich ein Pflegefall gewesen ist. Wer selbst regelmäßig Pflegeeinrichtungen besucht, weiß, wie häufig es schwierig bis unmöglich ist, dort zeitnah jemanden zu finden, der „zuständig“ und „befugt“ ist, ein bestimmtes Formular o.ä. auszufertigen und zu unterschreiben.

Die **Wegegelder bzw. Reiseentschädigungen** wurden zum 1. April 2013 ebenfalls

etwas erhöht (GOZ-Niveau), halten aber immer noch keinem Vergleich mit den Beträgen stand, die beispielsweise ein Schlüsseldienst für das Erscheinen bei Nacht üblicherweise berechnet.

Nach wie vor gilt aber, dass beim Besuch mehrerer Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versicherterstatus insgesamt nur einmal und anteilig berechnet werden darf.

Im Zusammenhang mit der aufsuchenden Betreuung seien die entsprechenden **Veröffentlichungen** der Bundeszahnärztekammer empfohlen - Ratgeber, Leitfaden, Handbücher, Patienten-Infos, die kostenlos heruntergeladen werden können unter

<http://www.bzaek.de/berufsstand/praevention-und-gesundheitsfoerderung/alters-und-behindertenzahnheilkunde.html>

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal

Spendenaufwurf für die Aktion „Stoppt-die-e-Card“

Die elektronische Gesundheitskarte ist eine Gefahr für die ärztliche Schweigepflicht und für eine gute medizinische Versorgung. Hier werden Milliarden für ein industriegetriebenes Projekt ausgegeben, das nicht den Bedürfnissen der Patienten gerecht wird. Der Deutsche Ärztetag hat auch 2012 das Gesamtprojekt entschieden abgelehnt. Seit 2007 gibt es die bundesweite Bürgerinitiative „Stoppt-die-e-Card“, die sich zum Ziel gesetzt hat, über die gesundheitsgefährdenden Folgen einer zentralen Speicherung von Krankheitsdaten aufzuklären.

Wir brauchen Ihre finanzielle Unterstützung, um die kritische Aufklärung, z. B. durch Veranstaltungen und Informationsmaterialien etc., weiterführen zu können.

Wir bitten deshalb um Spenden auf das Konto der IPPNW
Kontonummer: 22-22210
BLZ 100 205 00 der Bank für Sozialwirtschaft Berlin
unter dem Stichwort „Stoppt-die-e-Card“.

Ihre Spenden sind steuerlich absetzbar.

Mit herzlichen Grüßen
Dr. Silke Lüder, Dr. Manfred Lotze
Hamburg, Sprecher der Aktion „Stoppt-die-e-Card“, IPPNW HH



Magische Heilmethoden Teil 2: Bachblüten

von Mandy Himmelblau –
ganzheitliche Erklärfee

Liebe ZahnärztInnen!

Bachblüten sind keine Blumen, die an Bächen wachsen, wie der Name vielleicht suggeriert, sondern haben ihre Bezeichnung von ihrem Erfinder Dr. Edward Bach, einem englischen Arzt, der in den 1930er Jahren ein nach ihm benanntes „alternatives“ Heilverfahren entwickelte.

Er hat 37 Pflanzen und reines Felsquellwasser 38 psychischen Zuständen zugeordnet. Wie er darauf kam, weiß ich nicht. Der Legende nach hat er die Blüten intuitiv ausgesucht. Bach beschrieb „38 disharmonische Seelenzustände der menschlichen Natur“. Er war der Meinung, dass jede körperliche Krankheit auf einer seelischen Gleichgewichtsstörung beruht und eine Heilung nur durch Harmonisierung auf der geistig-seelischen Ebene eingeleitet werden könne. Die negativen Seelenzustände, dazu zählte er unter anderem Arroganz, Hass, Eifersucht, Grübelsucht und Verzagttheit, könne man mittels „übergeordneter Schwingungen harmonisieren“.

Die benötigten „übergeordneten Schwingungen“ kann man aus den Pflanzen extrahieren. Diese werden an von Bach festgelegten Standorten gesammelt, in eine Schale mit Wasser gelegt und ins Sonnenlicht gestellt, sodass sie ihre positiven Schwingungen abgeben können. Man muss dabei beachten, dass man die Pflanzenteile nicht mit bloßen Händen berührt, sonst könnten die eventuell vorhandenen negativen Schwingungen der Sammlerin auf die Pflanze übergehen. Nach 3-4 Stunden entfernt man die Pflanzenteile, und es beginnt das magische Ritual des Verdünnens. Man verdünnt das Pflanzenwasser so oft mit normalem Wasser, bis die Konzentration 1:240 beträgt (das ist ähnlich wie bei der Homöopathie, nur dass hier nicht geschüttelt wird, sondern gerührt).

Zum Schluss wird das mit positiven Energien aufgeladene Wasser noch mit Alkohol haltbar gemacht. Bach empfahl hierfür Cognac oder Brandy. In der Regel enthalten fertige Bachblütenpräparate 27% Alkohol.

Neben den 38 reinen Blütenessenzen hat Dr. Bach noch eine 39. Substanz entwickelt, es handelt sich um eine Mischung von Kirschkpflaume, Springkraut, Clematis, Gel-

bes Sonnenröschen und star of bethlehem. Diese 39. Substanz ist allseits bekannt unter dem Namen **Rescue-Tropfen**.

Gut informierte Menschen haben sie selbstverständlich immer bei sich, denn es können ja jederzeit Notfälle eintreten. Besonders junge Mütter sollten immer ein Fläschchen zur Hand haben, falls sich der Sprössling mal das Knie aufschlägt. Früher hat man da mit wissender Miene drauf gepustet, aber so einfach darf man es sich heutzutage nicht mehr machen, da muss schon ein richtiges „Medikament“ her, damit die Kinder frühzeitig an die Einnahme von Tropfen und Pillen bei jedweder Befindlichkeitsstörung gewöhnt werden. Sie sollen ja schließlich später im Leben zurechtkommen!

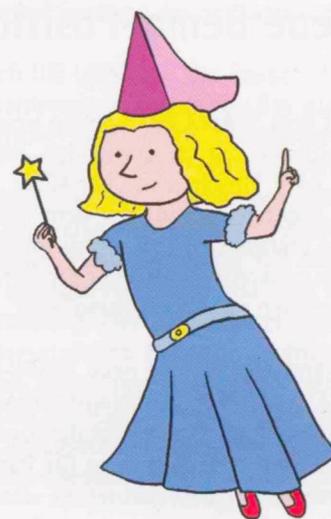


Hier ein Blick auf das Bachblütencenter in einer Apotheke einer deutschen Großstadt. 10 ml Rescuetrophen kosten hier 9,95 €.

Rechnen Sie sich mal aus, wie viel Gewinn der Hersteller mit 1 Liter Pflanzenwasser erzielt! Da muss ein alter Zahnarzt lange für bohren. Neuerdings gibt es die Bachblüten-Essenzen auch als Spray, Kaugummi, Drops, Cremes und die Tropfen ohne Alkohol (also nur Wasser).

Nun wieder spezielle Tipps für Zahnärzte:

- Im Internetshop von zantomed gibt es Notfallkaugummis für Ruhe und Gelassenheit.



- Falls Ihre Putzfrau mal krank sein sollte, bestellen Sie sich einfach das „Space-Clearing-Spray“ mit australischen Buschblüten.
- Notfallkoffer können Sie entsorgen, Sauerstoff brauchen Sie nicht, teure Notfalltrainings können Sie sich sparen, was Sie einzig brauchen, sind 10 ml Rescue-Tropfen.

Sollte einmal nicht die gewünschte Wirkung eintreten (Vitalfunktionen gehen wieder), kann es daran liegen, dass der Patient nicht stark genug daran geglaubt hat. Sie haben jedenfalls alles getan, was nötig war.

Zum Schluss noch ein besonderes Schmanckerl für Männer, wenn es mal nicht mehr so gut läuft:

- Bachblüten Manneskraft, Bachblüten-Mischung Mensch Nr. M 5 (gibt es bei: <http://www.bachblueten-best.de/>)

Die Tropfen werden in liebevoller Handarbeit in störungsarmer Umgebung mit besten Zutaten hergestellt.

So, das war's für heute. Ich hoffe, ich konnte Ihren Horizont ein wenig erweitern.

Ihre Mandy

Quellen:

<http://bachblueten-liste.de/>
<http://www.bach-blueten-therapie.de/category/die-notfalltropfen>
<http://www.bachblueten-apotheke.com/>
<http://www.zantomed.de/>
<http://www.bachblueten-best.de/>
<http://de.wikipedia.org/wiki/Bachblueten>
<http://www.sueddeutsche.de/wissen/teil-bach-bluetentherapie-blueten-gegen-alle-leiden-1.927071>



Bad Reichenhaller



Unsere Alpen. Unser Salz.

Gewonnen aus den Tiefen der Alpen und angereichert mit Fluorid und Folsäure leistet Bad Reichenhaller MarkenJodSalz einen Beitrag für eine gesündere Ernährung.

www.bad-reichenhaller.de

Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Bad Reichenhaller MarkenJodSalz mit Fluorid und Folsäure ist von der Aktion zahnfreundlich e.V. mit dem Zahnmännchen ausgezeichnet. www.zahnmaennchen.de





Sparen? Ja! Verzichten? Nein!

rdv Dental ist der große Dental-Fachhändler für gebrauchte Markenartikel.

Wir bieten Ihnen erstklassige Ware und einen umfassenden Service zu einem unschlagbaren Preisvorteil gegenüber dem ursprünglichen Verkaufspreis – beispielsweise bis zu 60 % bei gebrauchten Behandlungseinheiten. Sie schonen Ihr Portemonnaie und gemeinsam schonen wir durch die Weiterverwendung nachhaltig die Umwelt.

In unseren Werkstätten werden alle Behandlungseinheiten geprüft und revisioniert. Ständig werden eigens entwickelte Verfahren optimiert, die Ihnen den zuverlässigen Zustand und die Funktion der Einheiten gewährleisten. Sie erhalten bei rdv Dental aber auch Ihre komplette Praxisausstattung inklusive Verbrauchsmaterialien zu absolut günstigen Preisen. Ob neu oder gebraucht – alles von namhaften Herstellern und in bester Qualität. Wir liefern, montieren, pflegen und warten mit einem eigenen kompetenten Team. Bundesweit, schnell und zuverlässig.

rdv Dental, Donatusstraße 157b, D-50259 Pulheim
Fon +49 (0) 22 34. 4 06 40, Fax +49 (0) 22 34. 4 06 499, info@rdv-dental.de, www.rdv-dental.de

IDS
2013

Besuchen Sie uns!
Halle 4.1 Stand F 071



Perfektion aus Leidenschaft